

För en god och jämlik hälsa

En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket

*Delbetänkande av
Kommissionen för jämlik hälsa*

Stockholm 2017



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2017:4

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

ISBN 978-91-38-24555-2

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Gabriel Wikström

Regeringen beslutade vid sammanträde den 4 juni 2015 att tillsätta en kommitté – en kommission för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Kommissionen ska även föra en bred dialog med relevanta aktörer om jämlik hälsa (dir. 2015:60). Till grund för kommitténs uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Kommittén har antagit namnet Kommissionen för jämlik hälsa.

I augusti 2016 överlämnade Kommissionen sitt första delbetänkande *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55)*. I delbetänkandet diskuteras ett antal grundläggande utgångspunkter, fakta och ställningstaganden rörande jämlik hälsa som Kommissionens fortsatta arbete kommer att baseras på.

I detta andra delbetänkande diskuteras och analyseras styrningen och uppföljningen av folkhälsopolitiken. Ett väl fungerande ramverk för folkhälsopolitiken är en viktig förutsättning för att ett brett och tvärsektoriellt arbete för en god och jämlik hälsa ska kunna bedrivas löpande, långsiktigt och dynamiskt i förhållande till ett föränderligt samhälle. Kommissionen lägger därför här en rad förslag för att förtydliga och utveckla det folkhälsopolitiska ramverket i syfte att förstärka arbetet med en god och jämlik hälsa.

Som ordförande i Kommissionen förordnades fr.o.m. den 4 juni 2015 Olle Lundberg (professor i forskning om ojämlikhet i hälsa). Som ledamöter i Kommissionen förordnades fr.o.m. den 21 augusti 2015 Maria Albin (professor i arbets- och miljömedicin), Åke Bergmark (professor i socialt arbete), Laura Hartman (docent i nationalekonomi), Margareta Kristenson (professor i socialmedicin och folkhälsovetenskap), Ingvar Nilsson (nationalekonom) t.o.m. den 22 december 2016, Per Nilsson (professor i pedagogik), Anna Sjögren (docent i nationalekonomi), Denny Vågerö (professor i medicinsk

sociologi), Ing-Marie Wieselgren (läkare, specialist i psykiatri) och Per-Olof Östergren (professor i socialmedicin).

Som huvudsekreterare i Kommissionens sekretariat anställdes fr.o.m. den 5 oktober 2015 Magdalena Brasch. Som sekreterare anställdes fr.o.m. den 10 augusti 2015 Jakob Larsson, fr.o.m. den 7 september 2015 Anna Balkfors, fr.o.m. den 12 oktober 2015 Petra Mårselius och fr.o.m. den 8 augusti 2016 Helena Månsson. Frida Ashbourne har praktiserat i sekretariatet fr.o.m. den 5 september 2016 t.o.m. den 23 december 2016.

Kommissionen överlämnar härmed delbetänkandet *För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket (SOU 2017:4)*.

Stockholm i januari 2017

Olle Lundberg

Maria Albin
Laura Hartman
Per Nilsson
Denny Vågerö
Per-Olof Östergren

Åke Bergmark
Margareta Kristenson
Anna Sjögren
Ing-Marie Wieselgren

/Magdalena Brasch
Anna Balkfors
Jakob Larsson
Helena Månsson
Petra Mårselius
Frida Ashbourne

Innehåll

Sammanfattning	11
1 Varför en analys av frågor om styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken?	17
1.1 Syftet med detta delbetänkande och avgränsningar.....	17
1.2 Frågor om styrning och uppföljning har genomgående lyfts som viktiga i Kommissionens arbete.....	20
1.3 Upplägg av delbetänkandet och underlag.....	21
2 Dagens folkhälsopolitiska ramverk	23
2.1 Folkhälsopolitiken växer fram	23
2.2 En sektorsövergripande målstruktur med ett övergripande mål och elva målområden	24
2.3 Ett system för uppföljning av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer	29
2.4 Lagar och internationella överenskommelser inom folkhälsoområdet	30
2.4.1 Svensk lag.....	30
2.4.2 Internationella konventioner	34
2.4.3 Internationella överenskommelser och folkhälsostrategier	35
2.5 Organiseringen av genomförandet av folkhälsopolitiken – en politik beroende av insatser på många områden av ett stort antal aktörer.....	38
2.5.1 Arbetet i Regeringskansliet.....	39
2.5.2 Myndigheternas arbete.....	39

2.5.3	Kommunernas, landstingens och regionernas arbete.....	42
2.5.4	Andra offentliga aktörer på statlig och kommunal nivå.....	44
2.5.5	Det civila samhället och näringslivet.....	45
2.6	Budgeten för folkhälsopolitiken.....	46
3	Det folkhälsopolitiska ramverket – rätt tänkt, men i behov av utveckling.....	49
3.1	Otydligheter i målstrukturen försvårar såväl styrning som uppföljning av folkhälsopolitiken.....	51
3.2	Varierande genomslag för folkhälsopolitiken hos relevanta aktörer	53
3.3	Ett för snävt och ensidigt fokus på ett antal målområden	57
3.3.1	Från ett sektorsövergripande arbete i Regeringskansliet till arbete på ett begränsat antal målområden	57
3.3.2	Prioriteringarna för myndigheter, kommuner och landsting speglar i hög grad de nationella prioriteringarna	61
3.4	Genomslaget för jämlik hälsa som mål och prioritering varierar.....	63
3.5	Bristande eller otydliga uppdrag och behov av mer stöd till relevanta aktörer.....	65
3.5.1	Endast 2 av 40 myndigheter med betydelse för en god och jämlik hälsa har uttalade uppdrag om detta i sina instruktioner	65
3.5.2	Länsstyrelsernas roll i folkhälsopolitiken är inte tillräckligt tydlig	68
3.5.3	Många kommuner, landsting och regioner arbetar aktivt med folkhälsa, men fler behöver involveras och det behövs mer stöd i arbetet	72
3.6	Folkhälsomyndighetens uppdrag behöver förtydligas och stärkas när det gäller stöd och samordning	80

3.7	Uppföljningssystemet matchar inte det långsiktiga målet om att sluta hälsoklyftorna	87
3.8	Utvecklad utvärdering och forskning.....	91
3.9	Sammanfattande diskussion om behovet av utveckling av folkhälsopolitikens ramverk	94
4	En politik för en god och jämlik hälsa – förslag till utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket	99
4.1	En förtydligad målstruktur med ett förstärkt fokus på jämlik hälsa	101
4.1.1	Ett övergripande mål med stärkt fokus på jämlik hälsa.....	101
4.1.2	Dagens elva målområden blir åtta.....	103
4.1.3	Strategier tas fram för alla målområden	106
4.2	Ett utvecklat uppföljningssystem som möjliggör en analys av ojämlikhet i hälsa.....	109
4.2.1	Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ytterligare utveckla uppföljningen av folkhälsopolitiken med förstärkt jämlikhetsfokus.....	110
4.2.2	Folkhälsomyndigheten bör ansvara för en regelbunden och strukturerad uppföljning av ojämlikhet i hälsa bland grupper i särskilt utsatta situationer	112
4.2.3	Folkhälsomyndigheten bör ha tillgång till relevanta mikrodata	114
4.2.4	Folkhälsomyndigheten bör arbeta för ökad spridning av resultaten av uppföljningen	114
4.2.5	Ett tillägg i förordningen om officiell statistik för att förbättra möjligheterna att analysera ojämlikhet i hälsa	115
4.3	En stärkt tvärssektoriell struktur för arbetet för en god och jämlik hälsa i Regeringskansliet	116
4.3.1	Samordningen av folkhälsopolitiken i Regeringskansliet bör stärkas	117

4.3.2	Nätverket i Regeringskansliet för jämlik hälsa bör omvandlas till en formell interdepartemental arbetsgrupp	121
4.3.3	Möjligheterna att utveckla jämlikhets-/jämlik hälsa-budgetering bör prövas	121
4.3.4	En nationell GD-grupp för en god och jämlik hälsa bör tillsättas	122
4.3.5	Det bör övervägas att inrätta ett Råd för en god och jämlik hälsa.....	124
4.4	Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas	126
4.4.1	Folkhälsomyndigheten bör verka för att målen inom folkhälsopolitiken uppnås.....	127
4.4.2	Folkhälsomyndigheten bör verka för att ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv integreras i relevanta statliga myndigheters verksamheter, samverkan och samordning	128
4.4.3	Folkhälsomyndigheten bör stödja kommuner, landsting och regioner i deras arbete för en god och jämlik hälsa.....	130
4.4.4	Folkhälsomyndigheten bör stödja länsstyrelserna i deras folkhälsopolitiska uppdrag	132
4.4.5	Regeringen bör tillse att Folkhälsomyndigheten har nödvändiga resurser för att inrätta en organisation som motsvarar detta förtydligade uppdrag.....	132
4.5	Länsstyrelsernas uppdrag inom folkhälsopolitiken bör förtydligas	132
4.6	Relevanta myndigheter bör ges i uppdrag att bidra i arbetet med en god och jämlik hälsa	135
4.6.1	Relevanta myndigheter bör få uppdrag i sina instruktioner att integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv.....	135
4.6.2	Relevanta myndigheter bör få i uppdrag att medverka i arbetet med strategier för samtliga målområden	137

4.7	Kommuner, landsting och regioner bör prioritera ett långsiktigt tvärsektoriellt arbete för en god och jämlik hälsa och ges stöd i detta arbete.....	137
4.7.1	Kommuner, landsting och regioner bör prioritera ett långsiktigt tvärsektoriellt arbete för en god och jämlik hälsa	138
4.7.2	Kommuner, landsting och regioner bör ges ett adekvat stöd från den statliga nivån	141
4.7.3	Det bör tillsättas en statlig utredning för att analysera om lagstödet för arbete för en god och jämlik hälsa kan utvecklas	142
4.8	Samarbetet för en god och jämlik hälsa med det civila samhället och näringslivet bör stärkas	145
4.8.1	Ett dialogforum mellan regeringen och det civila samhället med fokus på frågor om god och jämlik hälsa bör inrättas	145
4.9	Avslutande diskussion – utmaningar, möjligheter och uppgifter	147
5	Kostnadsberäkningar och konsekvensanalys	151
	Referenser	155
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2015:60	165
Bilaga 2	Myndigheter med särskild relevans för arbetet med en god och jämlik hälsa	173

Sammanfattning

Kommissionen för jämlik hälsa har i uppdrag att föreslå åtgärder som kan bidra till att minska hälsoklyftorna i Sverige och att föra en bred dialog med relevanta aktörer om jämlik hälsa. Enligt direktiven ska Kommissionen även överväga ändamålsenligheten av den sektorsövergripande strukturen för uppföljning av folkhälsopolitiken i förhållande till målet att sluta hälsoklyftorna inom en generation. Vid en analys av denna del av uppdraget tedde sig dock avgränsningen till att endast överväga uppföljningen för snäv. Kommissionen har därför valt att diskutera och analysera såväl styrning som uppföljning av folkhälsopolitiken och lägger fram en rad förslag med syfte att utveckla och förtydliga det folkhälsopolitiska ramverket för en god och jämlik hälsa.

Vad behöver uppnås?

Styrningen och uppföljningen inom ramen för det nuvarande folkhälsopolitiska ramverket fungerar inte som avsett. Kommissionens bedömning är att den befintliga folkhälsopolitiken i grunden är rätt tänkt men samtidigt i behov av utveckling. I synnerhet gäller detta den del av ramverket som syftar till ett brett sektorsövergripande arbete av alla relevanta aktörer för en god och jämlik hälsa och samordningen av detta arbete. En väl fungerande styrning såväl som uppföljning är *en* viktig förutsättning för att nå målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation och därmed för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

För att uppnå detta krävs *för det första* ökat fokus på jämlikhet och tydligare mål. *För det andra* att arbetet organiseras så att det bedrivs brett, löpande, långsiktigt och dynamiskt i förhållande till ett föränderligt samhälle. *För det tredje* krävs ökat ägarskap från alla be-

rörda aktörer och sektorer. Detta förutsätter i sin tur bättre stöd och samordning. *För det fjärde* krävs en mer utvecklad uppföljning som möjliggör jämförelser över tid och mellan olika samhällsnivåer samt en analys av drivkrafter bakom ojämlik hälsa.

Problembild

Kommissionen har identifierat ett antal utvecklingsområden som behöver hanteras. Det finns otydligheter i målstrukturen som försvårar såväl styrning som uppföljning av folkhälsopolitiken. Exempelvis saknas delmål och statusen för målet om jämlik hälsa är oklar. Vidare varierar genomslaget för folkhälsopolitiken som helhet, liksom för målet om jämlik hälsa, bland relevanta aktörer. Genomslaget är bättre på lokal och regional än statlig nivå, även om det finns en variation mellan kommuner och regioner. Ytterligare ett problem är att ett allt för snävt och ensidigt fokus har lagts på ett begränsat antal målområden inom folkhälsopolitiken, vilket gör det svårt att nå målet om en god och jämlik hälsa. Som en konsekvens av ett allt för snävt fokus har relevanta aktörer bristande eller otydliga uppdrag och saknar i stor utsträckning det stöd de anser sig behöva i arbetet. Fler behöver involveras i arbetet och känna ett aktivt ägarskap för en god och jämlik hälsa. Folkhälsomyndighetens och länsstyrelsernas roll i folkhälsopolitiken behöver förtydligas. Slutligen är uppföljningssystemet inte ändamålsenligt för att följa upp utvecklingen i förhållande till målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation.

Förslag

Våra förslag syftar till att sammantaget etablera ett uppdaterat ramverk för den breda folkhälsopolitiken med ett tydligare fokus på en god och jämlik hälsa. De olika delarna utgör därmed en helhet som är avsedd att både lösa de olika problem vi identifierat och lägga grunden för ett långsiktigt hållbart tvärsektorielt arbete.

Ett övergripande mål med stärkt fokus på jämlik hälsa

Det övergripande folkhälsopolitiska målet bör på ett tydligare sätt adressera den ojämlika hälsan. Kommissionen föreslår därför att jämlikhetsaspekten tydliggörs. Ambitionen att en god och jämlik hälsa i hela befolkningen ska uppnås inom en generation bör uttryckas i anslutning till det omformulerade målet. Vi föreslår därför att det övergripande målet för folkhälsopolitiken ändras till:

Att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Färre målområden med stärkt fokus på jämlikhet

Det behövs en större tyngdpunkt på de breda livsområden som Kommissionen har pekat ut som avgörande för en god och jämlik hälsa. Kommissionen föreslår därför att dagens elva målområden omvandlas till åtta prioriterade målområden för en god och jämlik hälsa:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kompetenser, kunskaper och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Strategier som täcker alla målområden ska säkra ett löpande arbete med tydliga mål och ägarskap av berörda aktörer

Kommissionen föreslår att strategier tas fram som omfattar alla målområden. På så vis skapas en slags motor som är tänkt att löpande driva det folkhälsopolitiska arbetet på nationell nivå. I strategierna formuleras konkreta och uppföljningsbara delmål och etappmål för arbetet. Strategierna bör tas fram i ett brett samarbete mellan relevanta aktörer och förankras i riksdagen. De bör omfatta 3–5 år och utvärderas efter strategiperioden. Samtliga målområden bör vara täckta senast år 2020.

Ny övergripande struktur på nationell nivå

För att stärka samordningen av folkhälsopolitiken i Regeringskansliet föreslår Kommissionen att det inrättas en interdepartemental arbetsgrupp samt en nationell GD-grupp för god och jämlik hälsa. Dessa bör ges en aktiv roll i strategiarbetet. Mer fokus bör läggas på arbete för att ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv integreras i alla relevanta departement och myndigheters arbete. Regeringen bör också pröva möjligheterna att integrera jämlik hälsa i budgetarbetet.

Ett utvecklat uppföljningssystem

Folkhälsomyndigheten bör ytterligare utveckla sitt arbete med uppföljningen av folkhälsopolitiken i samarbete med relevanta aktörer. Uppföljningen bör byggas kring en kärna av indikatorer som går att följa på nationell, regional och lokal nivå och som i möjligaste mån kopplar till EU- och internationell nivå. Indikatorerna bör möjliggöra en analys av socioekonomiska skillnader. Folkhälsomyndigheten bör vidare arbeta för ökad spridning av resultaten av uppföljningen, samt ansvara för en regelbunden och strukturerad uppföljning av hälsan bland grupper i särskilt utsatta situationer. För detta arbete behöver myndigheten tillgång till relevanta mikrodata. Ett tillägg bör även göras i förordningen om officiell statistik (SFS 2001:100) som innebär att all individbaserad officiell statistik, om det inte finns särskilda skäl mot detta, bör vara uppdelad efter någon socioekonomisk bakgrundsfaktor.

Myndigheters roll görs tydligare

Kommissionen menar att Folkhälsomyndighetens roll som samordnande aktör för folkhälsopolitiken bör förtydligas och stärkas. Nödvändiga resurser som motsvarar detta förtydligade uppdrag bör säkerställas. Länsstyrelserna liksom andra relevanta myndigheter bör också få tydligare instruktioner om sin roll i det breda arbetet med god och jämlik hälsa.

Kommuner, landsting och regioner har en central roll

Många kommuner, landsting och regioner arbetar aktivt inom de livsområden som är centrala för en god och jämlik hälsa. Fler kommuner, landsting och regioner bör dock prioritera ett långsiktigt och tvärsektoriellt arbete på området. För detta krävs att de ges adekvat stöd, inte minst från den nationella nivån. Det är viktigt att alla kommuner, landsting och regioner ges bästa möjliga förutsättningar för att arbeta för en god och jämlik hälsa och ansvarsfördelningen mellan olika aktörer och nivåer behöver klargöras. En statlig utredning bör därför se över detta och bedöma om existerande lagstiftning är tillräcklig eller om en särskild folkhälsolag skulle bidra till bättre möjligheter att nå målet om en god och jämlik hälsa. Utredningen bör även analysera ekonomiska styrmedel som en kompletterande eller alternativ styrform.

Det civila samhällets och näringslivets roll

Kommissionen menar att samarbetet för en god och jämlik hälsa mellan det allmänna, det civila samhällets olika aktörer samt näringslivet bör stärkas. Kommissionen föreslår därför att inrätta ett dialogforum där regeringen löpande kan föra en bred dialog med civilsamhället.

Utmaningar och möjligheter

I detta delbetänkande fokuserar Kommissionen på det folkhälso-politiska ramverket och hur det kan utvecklas så att det blir en ändamålsenlig och sektorsövergripande infrastruktur för det fortsatta arbetet för en god och jämlik hälsa. Ett uppdaterat och utvecklat ramverk av detta slag kommer inte i sig att ge människor mer jämlika och likvärdiga förutsättningar och villkor och en mer jämlik hälsa, men det är *en* viktig förutsättning för att ett kontinuerligt och långsiktigt arbete ska komma till stånd. I en avslutande del diskuteras att det finns flera andra pågående processer som också spänner över många sektorer och i stor utsträckning relaterar till varandra. I detta sammanhang framhåller Kommissionen att det är avgörande att alla aktörer aktivt arbetar för att skapa synergier snarare än att bli kon-

kurrenter. Som utgångspunkt för att skapa synergier framhålls att alla offentliga verksamheter och institutioner redan har ett gemensamt och grundlagsstadgat, ansvar och syfte:

Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.

(Regeringsformen, SFS 2011:109, 1 kap., 2 §).

Beredningsunderlag

Kommissionen har i arbetet med delbetänkandet i huvudsak utgått från de enkätundersökningar som vi har genomfört bland Sveriges samtliga kommuner, landsting, regioner och länsstyrelser samt 40 myndigheter med verksamhet av betydelse för en god och jämlik hälsa. Vidare har resultaten av Kommissionens dialog med centrala aktörer inom folkhälsoområdet utgjort ett viktigt underlag, liksom rapporter och utvärderingar med bäring på frågor om styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken. I relevanta delar har vi slutligen gjort jämförelser med andra tvärssektoriella politikområden.

1 Varför en analys av frågor om styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken?

1.1 Syftet med detta delbetänkande och avgränsningar

I det första delbetänkandet från Kommissionen för jämlik hälsa *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete* (SOU 2016:55) identifierades två huvudsakliga inriktningar för förslag på hur hälsoskillnaderna i Sverige ska kunna minska. Förslagen bör syfta till att:

1. Skapa mer jämlika förutsättningar på ett antal livsområden som är särskilt viktiga för att uppnå en god och jämlik hälsa.
2. Främja en mer strategisk styrning och uppföljning av insatser för jämlik hälsa.

När det gäller *att skapa mer jämlika förutsättningar för alla* – oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder, socioekonomisk bakgrund eller geografisk hemvist – pekar Kommissionen på att detta är grundläggande för en god och jämlik hälsa. Enligt Kommissionens direktiv (dir. 2015:60) ska Kommissionens huvudsakliga fokus ligga på hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället och mellan kvinnor och män. För att skapa mer jämlika förutsättningar för alla krävs insatser som direkt kan påverka människors vardagliga liv, deras villkor, möjligheter och miljöer. Dessa insatser måste göras över ett brett spektrum av livsområden som omfattar det tidiga livets villkor, kunskaper och kompetenser, arbete, försörjning, boende, levnads-

vanor samt människors kontroll, inflytande och delaktighet i samhället. Förslag på hur mer jämlika villkor på dessa områden kan skapas kommer att presenteras i Kommissionens slutbetänkande.

När det gäller frågor om *en väl fungerande styrning och uppföljning av verksamheter som påverkar en god och jämlik hälsa* pekar Kommissionen i sitt första delbetänkande på att det är en viktig förutsättning för att nå uppsatta mål inom folkhälsopolitiken. Detta kan betraktas som en kompletterande och mer indirekt väg att främja en god och jämlik hälsa. Det handlar dels om att utveckla styrningen och uppföljningen av den redan existerande folkhälsopolitiken, dels om hur offentliga verksamheter generellt kan styras och organiseras på ett sätt som ger bättre förutsättningar att verka för mer jämlika livsvillkor på de livsområden som Kommissionen har identifierat som centrala.

I detta delbetänkande läggs fokus på det folkhälsopolitiska ramverket såsom det formulerades i samband med propositionen *Mål för folkhälsan* (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145) och efterföljande propositioner och skrivelser. En viktig utgångspunkt i detta ramverk är att en god och jämlik hälsa är beroende av en kombination av olika faktorer såsom en persons utbildning, situation på arbetsmarknaden, boende och närmiljö, möjligheter till inflytande och levnadsvanor. Mot denna bakgrund är folkhälsopolitiken formulerad som en tvärsektoriell politik. Detta innebär att möjligheterna att nå det övergripande målet för folkhälsopolitiken att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen är avhängiga insatser på ett stort antal områden.

Syftet är med förslagen i detta delbetänkande är att få på plats ett folkhälsopolitiskt ramverk – den infrastruktur som är nödvändig – för ett strategiskt och tvärsektoriellt arbete för en god och jämlik hälsa. Ramverket behöver fungera löpande, långsiktigt och dynamiskt i förhållande till ett föränderligt samhälle och säkerställa delaktighet bland relevanta aktörer på nationell, lokal och regional nivå. I Kommissionens första delbetänkande (SOU 2016:55) konstateras att det finns många förtjänster i hur det folkhälsopolitiska ramverket utformades initialt. Samtidigt konstaterade Kommissionen att det finns vissa utvecklingsbehov och att ramverket i vissa avseenden behöver reformeras och vitaliseras.

Med det folkhälsopolitiska ramverket avses här mål och inriktning för samt organisering, genomförande, uppföljning och utvärdering av politiken, inklusive hur lärande från uppföljning och utvärdering tas tillvara i formulering av ny politik samt nya åtgärder och arbetssätt.

Analysen inbegriper styrning av såväl myndigheter som av kommuner, landsting och regioner. Även andra aktörer såsom civilsamhällesorganisationer¹, professionerna, akademien och näringslivet har betydelse för möjligheterna att nå de folkhälsopolitiska målen och även involverandet av dessa berörs. Vi behandlar här styrning som alltifrån styrning med mål, regelgivning (lagar och förordningar), ekonomiska medel, kunskap, organisationsstyrning samt genom uppföljning och utvärdering.²

Eftersom vi är en statlig kommission och med beaktande av den kommunala självstyrelsen ligger tyngdpunkten i förslagsdelen på förslag riktade till aktörer på statlig nivå. En stor del av förslagen har dock bäring på förutsättningarna för kommuner, landsting och regioner att arbeta för en god och jämlik hälsa. Ett antal förslag riktar sig också direkt till kommuner, landsting och regioner. Genomgående har Kommissionen lagt särskilt fokus på hur jämlik hälsa kan bli en integrerad del i styrningen och uppföljningen på såväl nationell, som på regional och lokal nivå.

När det gäller mer generella frågor om styrning och uppföljning som sträcker sig utanför det folkhälsopolitiska ramverket (t.ex. frågor om hur ettåriga budgetprocesser påverkar långsiktighet och förebyggande arbete, frågor om kompetensförsörjning, samverkan, mållkonflikter etc.) kommer dessa frågor, liksom förslag på åtgärder för att skapa mer jämlika villkor på för hälsan centrala livsområden, att behandlas i Kommissionens slutbetänkande.

¹ Begreppet det civila samhället beskriver en arena skild från staten, marknaden och det enskilda hushållet, där människor, grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen. Inom denna arena verkar organisationer, sammanslutningar och andra aktörer, t.ex. nätverk, som är fristående från såväl stat, kommun och landsting som från det privata näringslivet (prop. 2009/10:55).

² Styrning genom utnämningar (t.ex. av generaldirektörer) berörs dock inte.

1.2 Frågor om styrning och uppföljning har genomgående lyfts som viktiga i Kommissionens arbete

Ett återkommande tema i Kommissionens arbete med att kartlägga problem och identifiera möjliga lösningar för att åstadkomma en mer jämlik hälsa är att det ofta tycks uppstå glapp mellan samhällets ambitioner och vad som faktiskt uppnås. Vi ser detta tydligt inom det folkhälsopolitiska ramverket och i Kommissionens första delbetänkande identifierades ett antal utvecklingsområden (se SOU 2016:55, avsnitt 3.4).

Kommissionen har också enligt utredningsdirektiven i uppgift att ”överväga i vilken mån den nuvarande sektorsövergripande strukturen för uppföljningen av det samlade folkhälsoarbetet är ändamålsenlig för regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” (dir. 2015:60, s. 7). Kommissionen konstaterade redan i ett tidigt skede att det inte är möjligt att enbart analysera uppföljningssystemet, och då mer specifikt dess ändamålsenlighet för att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation, utan att också göra en bredare analys av såväl styrningen som uppföljningen av folkhälsopolitiken mer generellt. Kommissionen menar också, som anges ovan, att ett välfungerande styr- och uppföljningssystem i sig är en viktig förutsättning för att nå det långsiktiga målet om att sluta hälsoklyftorna.

Frågor om styrning och uppföljning har sedan inledningen av Kommissionens arbete lyfts som viktiga i dialogen med olika aktörer, inte minst av företrädare för kommuner, landsting och regioner. Frågorna har vidare lyfts fram som viktiga av de svenska lokala och regionala kommissionerna för jämlik hälsa och social hållbarhet. Även Marmotkommissionen³ betonade vikten av styrnings- och uppföljningsfrågor och lade förslag på området (WHO 2008).

Att hälsan är ojämlik i Sverige och att hälsoskillnaderna inte har minskat sedan dagens folkhälsopolitiska ramverk utvecklades 2002/03 har förstås olika orsaker där många ligger långt utanför det som kan påverkas av en nationell folkhälsopolitik och hur den styrs

³ Den av WHO tillsatta Commission on Social Determinants of Health (CSDH), som leddes av Sir Michael Marmot och som har blivit en föregångare till andra kommissioner för jämlik hälsa på internationell, nationell, regional och lokal nivå. Kommissionen publicerade 2008 sin slutrapport *Closing the Gap in a Generation*.

och följs upp. Sverige har exempelvis under perioden efter den folkhälsopolitiska propositionen antogs av riksdagen 2003 gått igenom och levt med efterdyningarna av den finanskris som tog sin början 2008. Det har också skett olika förändringar inom flera av de politikområden som inkluderas i folkhälsans bestämningsfaktorer som har lett till större snarare än mindre skillnader (Kvist et al. 2012; OECD 2015). Andra faktorer som påverkar den samhälleliga utvecklingen i stort är miljöaspekter och inkomstojämlikheter globalt (OECD 2016; World Bank 2016). Faktorer som den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och stora flyktingströmmar i Sverige liksom i hela världen är andra aspekter som påverkar förutsättningarna för god och jämlik hälsa.

Ett fungerande ramverk för folkhälsopolitiken är naturligtvis i sig inte en garanti för konkreta förbättringar av enskilda människors och familjers vardag som kan leda till en god och jämlik hälsa. Däremot ökar det förutsättningarna för att mer systematiska förbättringar ska kunna komma till stånd. Förslagen i detta delbetänkande lägger därför en grund för de förslag som Kommissionen avser att presentera i sitt slutbetänkande på mer substantiella förändringar för att skapa mer likvärdiga villkor, möjligheter och miljöer för kvinnor och män, flickor och pojkar, i olika sociala grupper. Ett väl fungerande arbete på det folkhälsopolitiska området bör också kunna utgöra ett bidrag till det strategiska arbetet för en ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling och till genomförandet av exempelvis Agenda 2030.

1.3 Upplägg av delbetänkandet och underlag

Kommissionen har analyserat dagens system för styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken i syfte att, vid behov, lägga förslag till förändringar för att få ett ökat genomslag för politiken och uppnå en god och jämlik hälsa. Denna analys och de förslag som är resultaten av analysen presenteras i detta delbetänkande.

Beredningsunderlaget för delbetänkandet utgörs av de enkätundersökningar som Kommissionen har genomfört under perioden april–september 2016 bland Sveriges samtliga kommuner, landsting och regioner, samtliga länsstyrelser samt 40 myndigheter som har bedömts som särskilt relevanta för arbetet med en god och jämlik hälsa (se bilaga 2). Fokus för enkäterna har varit frågor om styrning,

organisering, uppföljning, stöd och utvecklingspotential i folkhälsoarbetet. Vissa av frågorna rörde jämlik hälsa mer specifikt. Svarefrekvensen bland kommuner var 87,2 procent, 100 procent bland landsting, regioner och länsstyrelser samt 92,5 procent bland de tillfrågade myndigheterna på nationell nivå. En översiktlig redovisning av enkätsvaren går att hitta på Kommissionens hemsida.⁴

Vi utgår i analysen även från dokumentstudier av styrande dokument för folkhälsopolitiken, tidigare rapporter med bäring på styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken från bl.a. Statskontoret, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Statens folkhälsoinstitut/Folkhälsomyndigheten, viss implementeringsforskning samt dokumentation från internationella, nationella, regionala och lokala kommissioner för jämlik hälsa. Vi har även använt oss av underlag från Kommissionens breda dialog med relevanta aktörer. Frågor om styrning och uppföljning har diskuterats bl.a. vid Kommissionens regionala konferenser och vid ett dialogseminarium med ett sextiotal civilsamhällesorganisationer. Dessa frågor och det aktuella betänkandet har vidare diskuterats med Kommissionens referensgrupp för kommuner, landsting och regioner respektive för riksdagspartierna samt med företrädare för Regeringskansliet bl.a. i ett nätverk för jämlik hälsa där cirka 20 enheter från nästan samtliga departement är representerade. Frågorna har även behandlats i Kommissionens löpande dialog med Folkhälsomyndigheten och SKL i olika forum. I tillämpliga delar har vi slutligen gjort jämförelser med andra tvärssektoriella politikområden såsom t.ex. jämställdhets-, miljö- och ungdomspolitik samt i viss mån andra länders folkhälsopolitik, främst de nordiska ländernas.

I delbetänkandet görs inledningsvis en sammanfattande beskrivning av det nuvarande folkhälsopolitiska ramverket och hur det har utvecklats (kapitel 2). Beskrivningen följs sedan av en analys av hur läget ser ut i dag och Kommissionens bedömning av var det finns utvecklingsmöjligheter (kapitel 3). Efter det presenteras Kommissionens förslag kring hur det folkhälsopolitiska ramverket skulle kunna utvecklas för att ge bättre förutsättningar för att uppnå en god och jämlik hälsa (kapitel 4). Slutligen redovisas kostnadsberäkningar och en konsekvensanalys av Kommissionens förslag (kapitel 5).

⁴ www.kommissionjamilkhalsa.se

2 Dagens folkhälsopolitiska ramverk

2.1 Folkhälsopolitiken växer fram

Folkhälsofrågorna och jämlikhetsaspekter av dessa har varit på den politiska dagordningen i Sverige sedan i början av 1980-talet. 1984 presenterades propositionen *Om utvecklingen för hälso- och sjukvården m.m.* (prop. 1984/85:181, bet. 1984/85:28 SoU, rskr. 400). Förslagen i propositionen utgick från betänkanden från den s.k. HS90-utredningen (Hälso- och sjukvården inför 90-talet).¹ Bland annat föreslog regeringen att hälsopolitiska jämlikhetsstrategier skulle utvecklas för att öka möjligheterna till ett mer hälsosamt liv för de grupper som var utsatta för de största hälsoriskerna. Vidare föreslogs att periodiska folkhälso rapporter skulle utarbetas för att belysa såväl utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer som hälsoutvecklingen inom olika befolkningsgrupper. Med hänvisning till rekommendationer från WHO föreslogs även att samordningen av det tvärssektoriella folkhälsoarbetet på nationell nivå skulle koordineras i ett nationellt hälsopolitiskt råd.

I början av 1990-talet lade regeringen fram den första renodlade folkhälsopolitiska propositionen *Om vissa folkhälsofrågor* (prop. 1990/91:175, bet. 1990/91:SoU23, rskr. 1990/91:376). I denna, som byggde vidare på den ovan nämnda propositionen, belystes förutsättningar för en hållbar utveckling ur ett folkhälso-perspektiv. Det föreslogs att ökad jämlikhet skulle vara det överordnade målet vid prioriteringar i folkhälsoarbetet och att insatser som medför att de sämst ställdas situation förbättrades skulle prio-

¹ Tre rapporter var centrala: Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1), Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering (SOU 1984:41) och Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boende, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost (SOU 1984:44).

riteras. I propositionen aviserade regeringen sin avsikt att ge statliga myndigheter i uppdrag att utarbeta hälsopolitiska jämlikhetsstrategier samt inrättandet av ett nationellt folkhälsoinstitut.

Folkhälsoinstitutet inrättades den 1 januari 1992 med uppgift att på nationell nivå driva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete av sektorsövergripande karaktär. Bakgrunden till inrättandet av Folkhälsoinstitutet var att det, trots att hälsoutvecklingen bland Sveriges befolkning i stort varit positiv, fanns stora skillnader i sjuklighet och dödlighet mellan olika åldrar, mellan könen, mellan olika sociala grupper, mellan personer med utländsk bakgrund och övriga befolkningen och mellan olika delar av landet. Huvudinriktningen för det nya institutet skulle därför vara att nå särskilt utsatta grupper i samhället och att minska hälsans ojämlika fördelning (prop. 2000/01:99, bet. 2000/01:SoU16, rskr. 2000/01:233). År 2001 slogs Folkhälsoinstitutet samman med Alkoholinspektionen och bildade Statens folkhälsoinstitut. Institutet hade ansvar för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, att vara nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området och ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena. Sedan 2014 har Folkhälsomyndigheten ansvaret för folkhälsofrågorna (se vidare avsnitt 2.5.2).

2.2 En sektorsövergripande målstruktur med ett övergripande mål och elva målområden

Grunden för dagens folkhälsopolitik lades i och med riksdagens beslut 2003 om regeringens proposition *Mål för folkhälsan* (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Genom detta beslut fastställdes ett övergripande mål för den nationella folkhälsopolitiken: ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. I propositionen fastställdes även en sektorsövergripande målstruktur för det samlade folkhälsoarbetet med elva målområden. Våren 2008 fattade riksdagen beslut (prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226) om att formulera om rubrikerna på vissa av folkhälsopolitikens målområden och de lyder sedan dess som följer (innehållet förblev dock detsamma):

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barns och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

Propositionen *Mål för folkhälsan* baserades på det arbete som hade bedrivits under åren 1995–2000 av den parlamentariska Nationella folkhälsokommittén. Kommittén hade i uppgift att utarbeta nationella mål för hälsans utveckling (dir. 1995:158) och lade i oktober 2000 fram sitt slutbetänkande *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan* (SOU 2000:91). Ett grundläggande och centralt element i Nationella folkhälsokommitténs arbete och förslag var att de utgick från hälsans så kallade bestämningsfaktorer: ”Den nationella folkhälsopolitiska strategi som presenteras i de följande kapitlen tar primärt sin utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer. Denna utgångspunkt utgår från en bedömning från kommitténs sida att människors livsvillkor och levnadsvanor är bidragande orsaker till sjukdomar, skador och annan ohälsa. Folkhälsopolitikens fokus bör vara att inom olika sektorer av samhället och med olika metoder påverka dessa orsaker och därmed förekomsten av ohälsa och ohälsans olika konsekvenser” (Ibid., s. 47).

Detta utgör även i dag en central utgångspunkt i den svenska folkhälsopolitiken – dvs. att en god hälsa baseras på en rad olika förhållanden som människor lever under och möter under livets gång.

En annan utgångspunkt i propositionen från 2003 var att folkhälsopolitiken är sektorsövergripande. Det konstaterades att ”ett övergripande nationellt folkhälsomål behövs för att klargöra att ett

folkhälsoperspektiv skall genomsyra samtliga politikområden” (prop. 2002/03:35, s. 26). Vidare fastslogs att ”Regeringens förslag till övergripande mål för folkhälsopolitiken innebär att de myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som direkt påverkar folkhälsan också skall beakta dessas effekter på folkhälsan samt aktivt arbeta för att den egna verksamheten eller ansvarsområdet bidrar till en positiv hälsoutveckling” (Ibid., s. 30).

Mot denna bakgrund knöts initialt även mål på 31 berörda politikområden till folkhälsopolitiken som en viktig utgångspunkt för det samlade folkhälsoarbetet. Tanken var att folkhälso-perspektivet skulle kunna tydliggöras ytterligare genom att delmål och preciserade etappmål beslutades av regeringen. Statens folkhälsoinstitut tog på regeringens uppdrag fram förslag till delmål och indikatorer för dessa i samråd med berörda myndigheter, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet (Statens folkhälsoinstitut 2003). Några delmål kom dock inte att beslutas av regeringen. När det gäller kopplingen till målen på 31 politikområden försvann den i och med att indelningen av utgiftsområden i statsbudgeten i s.k. politikområden upphörde 2009.²

Jämlikhetsaspekten var tydlig redan i propositionen från 2003. Den finns med i det övergripande målet och det uttalades också att: ”Utgångspunkten för allt folkhälsoarbete är alla människors lika värde. Den rådande ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i befolkningen måste motverkas. Barns, ungdomars, äldres och invandras förutsättningar att på lika villkor utveckla och bibehålla en så god hälsa som möjligt bör särskilt uppmärksammas” (prop. 2002/03:35, s. 34).

I mars 2008 presenterade regeringen propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* som riksdagen sedan antog i juni 2008 (prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:SoU11, rskr. 2007/08:226). Förändringar som gjordes i samband med detta var bl.a. som nämnts ovan en omformulering av rubrikerna på vissa målområden. Propositionen innebar ett förstärkt fokus på människans behov av integritet och valfrihet som grund för att bygga på sambandet mellan

² Regeringen aviserade i 2008 års ekonomiska vårproposition (prop. 2007/08:100, avsnitt 4.4.4) att den enhetliga verksamhetsstrukturen skulle utgå. Detta utvecklades närmare i Budgetpropositionen för 2009 (prop. 2008/09:1, avsnitt 10.4.1, volym 1). Beslutet innebar att utgiftsområden inte längre skulle indelas i politikområden och i förekommande fall inte heller i verksamhetsområden.

hälsans villkor och individens förutsättningar. Det betonades att det hälsofrämjande inslaget i det förebyggande folkhälsoarbetet borde stärkas. Barn, unga och äldre uttalades som särskilt angelägna målgrupper. Det aviserades även att särskilt fokus skulle läggas på att stärka och stödja föräldrar i deras föräldraskap, att intensifiera det självmordsförebyggande arbetet, att främja bra kostvanor och fysisk aktivitet samt att minska tobaksbruket. Kommuner och landsting lyftes fram som nyckelaktörer inom folkhälsoarbetet och att de i egenskap av detta borde förbättra och utveckla sina metoder och verktyg.

I juni 2012 överlämnade regeringen skrivelsen *En folkhälsopolitik med människan i centrum* (skr. 2011/12:166) till riksdagen. I skrivelsen fastställdes att folkhälsopolitiken bör vara framåt-syftande, stimulerande och inspirerande. Det fastslogs att människor bör få möjlighet att själva definiera sin hälsa, att formulera sina eventuella problem och få möjlighet att finna lösningar på dessa. I skrivelsen konstateras att det borde finnas såväl verktyg för den enskilde som samhällliga förutsättningar för att stödja en sådan utveckling. Den enskildes ansvarstagande skulle stödjas genom en effektiv samverkan mellan offentliga, privata och civilsamhällets aktörer. I skrivelsen pekades fem viktiga byggestenar ut som förverkligandet av en sådan politik skulle vila på:

- Start – Barns och ungas uppväxtvillkor
- Stöd – För att underlätta hälsosamma val
- Skydd – Ett effektivt och säkert skydd mot hälsohot
- Samverkan – Det gemensamma ansvaret för en god hälsa
- Stärkt kunskapsstyrning – För ett effektivare folkhälsoarbete

Grunden för folkhälsopolitiken, såsom den definierades i samband med propositionen 2003 med utgångspunkt i hälsans bestämningsfaktorer och att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, ligger alltså fast. Där- emot har inriktningen och prioriteringarna i arbetet varierat under åren. Detta utvecklas ytterligare i kapitel 3.

Ett nytt långsiktigt mål om jämlik hälsa presenterades 2014

I regeringsförklaringen 2014 uttalades det långsiktiga målet för det folkhälsopolitiska arbetet att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Fokus på en mer jämlik hälsa och att minska hälsoklyftorna mellan olika grupper i samhället togs också upp i Budgetpropositionen för 2015 (prop. 2014/15:1, utgiftsområde 9). I Budgetpropositionen för 2016 skrevs följande: ”De påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Regeringens folkhälsopolitik syftar till att långsiktigt utjämna de skillnader som i dag finns mellan olika grupper. Hela befolkningen ska ha goda förutsättningar till en god hälsa.” (prop. 2015/16:1, utgiftsområde 9, s. 111). I Budgetpropositionen för 2017 fastslogs att regeringen, utöver det övergripande målet för folkhälsopolitiken, även arbetar utifrån sitt långsiktiga mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (prop. 2016/17:1, utgiftsområde 9).

Strategier på vissa målområden

På två områden finns det särskilda strategier som har beslutats av riksdagen; en för ANDT-arbetet och en för arbetet med hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar.

Den första ANDT-strategin *En samlad strategi för alkohol, narkotika, doping och tobakspolitiken* (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203) antogs av riksdagen i mars 2011. Riksdagen antog samtidigt även ett övergripande mål för politiken: ”ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk” (Ibid., s. 1). Strategin innehöll sju långsiktiga mål och syftade till att underlätta statens styrning av utvecklingen inom ANDT-området genom att till det övergripande målet koppla en sektorsövergripande målstruktur för inriktning och prioriteringar för samhällets insatser under åren 2011–2015. Regeringen fattade 2013 beslut om ett enhetligt uppföljningssystem för uppföljning av respektive mål (dnr S2013/2377/FST). En ny strategi för perioden 2016–2020 presenterades i februari 2016 (skr. 2015/16:86). I den nya strategin betonas särskilt att ett jämlikhets-, jämställdhets- och barn- och ungdomsperspektiv ska genomsyra allt ANDT-arbete.

I hiv/aids-strategin, *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (prop. 2005/06:60, bet. 2005/06:JuSoU1, rskr. 2005/06:218), anges att ”målet för samhällets insatser är att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde” (Ibid., s. 30) samt att arbetet skulle organiseras kring tre delmål.

Vidare finns det två ytterligare strategier med bäring på folkhälsa som regeringen har beslutat om. Den första är en *Nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd – En vinst för alla* (S 2013:010). Syftet med strategin var dels att inspirera kommuner och landsting att utveckla stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap, dels utgöra ett praktiskt stöd i det organisatoriska planerings- och utvecklingsarbetet. Strategin innehåller det övergripande målet att ”Alla föräldrar ska erbjudas föräldrastöd under barnets uppväxt 0–17 år” (Ibid., s. 5) samt tre delmål. Den andra är en *Strategi för arbetet mot antibiotikaresistens* (S 2016/02971/FS) som regeringen beslutade om i april 2016. I strategin anges att det övergripande målet är ”att bevara möjligheten till effektiv behandling av bakteriella infektioner hos människa och djur” (Ibid., s. 3) samt sju delmål.

2.3 Ett system för uppföljning av folkhälsan och dess bestämningsfaktorer

I folkhälsopropositionen från 2003 konstaterades att ”I ett mål- och resultatstyrningssystem är uppföljning och utvärdering av avgörande betydelse för att bedöma hur folkhälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet fortskrider” (prop. 2002/03:35, s. 29). Hur detta uppföljningssystem skulle utformas beskrevs också i propositionen. I samband med antagandet av propositionen utarbetade Statens folkhälsoinstitut på regeringens uppdrag indikatorer för att följa upp folkhälsan och dess bestämningsfaktorer (Statens folkhälsoinstitut 2003). Uppföljningen av folkhälsopolitiken efter propositionen 2003 har utvecklats under åren. Den huvudsakliga redovisningen har skett i *Folkhälsopolitisk rapport* som togs fram av Folkhälsoinstitutet 2005 respektive 2010, i ett antal folkhälso-rapporter framtagna av Socialstyrelsen, samt genom databasen

Folkhälsodata. Uppföljningen har dels fokuserat på utvecklingen av hälsoläget i befolkningen, dels på utvecklingen av hälsans bestämningss faktorer. De folkhälsopolitiska rapporterna hade även som syfte att redovisa resultat av genomförda åtgärder samt att ge rekommendationer till framtida satsningar. Ett antal myndigheter hade i uppdrag att bidra till de folkhälsopolitiska rapporterna såväl 2005 som 2010.

Folkhälsomyndigheten har i dag i enlighet med sin instruktion huvudansvaret för uppföljningen av utveckling av folkhälsan och dess bestämningss faktorer (SFS 2013:1020).

2.4 Lagar och internationella överenskommelser inom folkhälsoområdet

2.4.1 Svensk lag

Det finns ingen enskild folkhälsolag som styr folkhälsoarbetet i Sverige. Den Nationella folkhälsokommittén föreslog en folkhälsolag. Förslaget innebar att kommuner och landsting skulle ha ansvar för att främja folkhälsan. Varje kommun och landsting skulle utarbeta en folkhälsoplan med planerade åtaganden för att uppnå en bättre folkhälsa. Vidare omfattade förslaget ett uppföljningsförfarande där kommuner och landsting på begäran av myndighet skulle lämna uppgifter om fullgörandet av kommunens och landstingets uppgifter enligt lagen (SOU 2000:91).

Den Nationella folkhälsokommitténs förslag diskuterades i den folkhälsopolitiska propositionen från 2003, där regeringen vägrade för- och nackdelar med förslaget. Regeringens samlade bedömning, mot bakgrund av remissinstansernas svar, var då att nackdelarna vägrade tyngre än fördelarna med en folkhälsolag.

I stället finns det finns flera olika lagar som påverkar de samhälleliga förutsättningarna för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

I regeringsformen 1 kap. 2 § står: "Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa." Detta återspeglas i ett flertal lagar och regler som har betydelse för folk-

hälsoarbetet. Till exempel regleras kommuners och landstings, vars verksamhet är en förutsättning för ett framgångsrikt folkhälsoarbete, befogenheter, organisation och verksamhetsformer i kommunallagen (1991:900). Landsting och kommuner är enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) skyldiga att bedriva hälso- och sjukvård. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, vilket framgår av HSL 1 kap. 2 §. Det föreskrivs också att den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, ska ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. HSL har en tydlig koppling till folkhälsoarbetet och det övergripande folkhälsopolitiska målet.

I flera andra lagar behandlas hälsa och jämlika villkor och det finns många som har koppling till de områden som Kommissionen i sitt första delbetänkande har identifierat som centrala för att uppnå en god och jämlik hälsa. I t.ex. socialtjänstlagens (2001:453, SoL) portalparagraf 1 kap. 1 § framgår att: "Samhällets socialtjänst skall på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet och levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupper egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet."

Vid en genomgång av lagar med koppling till de områden som Kommissionen har identifierat som centrala för att uppnå en god och jämlik hälsa kan följande nämnas. För "Det tidiga livets villkor" är socialtjänstlagen (2001:453, SoL) central. Vad gäller "Kunskaper, kompetenser och utbildning" finns skollagen (2010:800), av vilken det framgår att alla barn oberoende av geografisk hemvist och sociala och ekonomiska förhållanden ska ha lika tillgång till utbildning inom skolväsendet. "Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö" regleras av flera lagar och förordningar. Ett exempel är arbetsmiljölagen (1977:1160) där det bl.a. slås fast att arbetsgivaren ska vidta alla de åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall och svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Inom området "Inkomster och försörjningsmöjligheter" är lagstiftningen på socialförsäkringsområdet samlad i socialförsäkringsbalken (2010:110). Den ersätter ett 30-tal andra lagar och författ-

ningar som till exempel lagarna om allmän försäkring (sjukförsäkring och föräldraförsäkring), barnbidrag, bostadsbidrag, arbetskadeförsäkring, förmåner vid funktionshinder samt olika ålderspensioner och efterlevandepensioner. Lagar och regler för ”Boende och närmiljö” återfinns bl.a. i miljöbalken (1998:808) respektive plan- och bygglagen (2010:900) där frågor om miljö- och hälso-skydd, fysisk planering och byggande regleras. Vad gäller ”Levnadsvanor” är hälsoaspekten dominerande, vilket framgår av exempelvis livsmedelslagen (2006:804), alkohollagen (2010:1622) och tobakslagen (1993:581), för att nämna några. Diskrimineringslagen (2008:567) är viktig inom området för ”Kontroll, inflytande och delaktighet” och ”Hälso- och sjukvården” styrs, som nämnts ovan, av hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763).

Det finns betydligt fler lagar än vad som nämns här som har betydelse för hälsans bestämningsfaktorer. Vid ett större urval av lagar med relevans för folkhälsoarbetet ger en textsökning av orden *folkhälsa, hälsa, jämlikhet, lika villkor, möjligheter, rättigheter* och *jämställdhet* följande resultat:

Tabell 2.1 Förekomst av orden (antal gånger/lag): Folkhälsa, Hälsa, Jämlikhet/lika villkor/möjligheter/rättigheter och Jämställdhet

Lag	Folkhälsa	Hälsa	Jämlikhet/ lika villkor	Jämställdhet
Alkohollagen	0	2	0	0
Arbetsmiljölagen	0	43	4	0
Diskrimineringslagen	0	0	23	10
Hälsa- och sjukvårdslagen	0	3	5	0
Kommunallagen	0	0	2	0
Högskolelagen	0	0	0	1
Livsmedelslagen	0	3	0	0
LSS-lagen	0	2	1	0
Miljöbalken	0	71	1	0
Plan- och bygglagen	0	18	1	0
Patientlagen	0	2	2	0
Patientsäkerhetslagen	0	2	0	0
Skollagen	0	28	6	2
Smittskyddslagen	0	8	1	0
Socialförsäkringsbalken	0	3	4	0
Socialtjänstlagen	0	5	1	0
Tandvårdslagen	0	3	1	0
Tobakslagen	0	1	0	0
Trafikförordningen	0	0	0	0

Källa: Egen sökning.

Som framgår av tabellen ovan nämns inte ordet *folkhälsa* i någon av dessa lagar. Ordet *hälsa* förekommer emellertid exempelvis 71 gånger i miljöbalken (1998:808), 43 gånger i arbetsmiljölagen (1977:1160) och 28 gånger i skollagen (2010:800). *Jämlikhet/lika villkor* och *jämställdhet* förekommer i betydligt mindre omfattning med undantag för i diskrimineringslagen (2008:567).

Sammanfattningsvis har flera lagar koppling till det övergripande målet att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Flera av lagarna lyfter vikten av det förebyggande och främjande arbetet med hälsa och jämlika villkor, men eftersom de flesta av dessa lagar inte primärt ska svara mot det folkhälsopolitiska målet kommer folkhälsoaspekten in på ett mer indirekt sätt.

2.4.2 Internationella konventioner

De mänskliga rättigheterna reglerar förhållandet mellan staten och enskilda människor. De utgör en begränsning av statens makt över individen och slår samtidigt fast vissa skyldigheter för staten gentemot individen. Det internationella arbetet för mänskliga rättigheter tar sin utgångspunkt i *FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna* från 1948. De rättigheter som inryms i förklaringen har senare förts in och vidareutvecklats i ett antal konventioner som är bindande för de anslutna staterna. En stor majoritet av världens länder, inklusive Sverige, har anslutit sig till konventionerna. Tillsammans utgör de ett universellt ramverk för arbetet med mänskliga rättigheter. Den allmänna förklaringen och konventionerna berör hälsa och hälsans bestämningfaktorer på olika sätt.

Den övergripande tanken i den allmänna förklaringen är att alla människor föds fria och har samma rättigheter oavsett kön (artikel 1). Rätten till liv och frihet framgår av artikel 2 och i konventionens 25:e artikel konstateras att: ”Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll”.

I *konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter* preciseras rätten till arbete, gynnsamma arbetsvillkor, social trygghet, bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa, utbildning m.m. i konventionens tredje del. I *konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (Kvinnokonventionen)* preciseras bl.a. att de stater som har ratificerat konventionen ska vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor när det gäller exempelvis deltagande i landets politiska och offentliga liv, i utbildning och på arbetsmarknaden. Detsamma gäller hälsovård och att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive sådan som avser familjeplanering.

I *konventionen om barnets rättigheter* fastställs barns rätt till den levnadsstandard som är skälig för att trygga barnets utveckling. Föräldrarna har det huvudsakliga ansvaret men om de inte klarar av

det är det statens ansvar att se till att det finns stödprogram som säkerställer detta. Även barnets sociala trygghet ska säkerställas med t.ex. socialförsäkringar som ska ges till familjer beroende på vilka tillgångar de har (artikel 26 och 27). *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning* syftar till att stärka skyddet av de mänskliga rättigheterna för denna grupp. Den fokuserar på icke-diskriminering och listar nödvändiga åtgärder för att personer med funktionsnedsättning ska kunna åtnjuta såväl medborgerliga och politiska som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Vidare föreskrivs att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa.

2.4.3 Internationella överenskommelser och folkhälsostراتيجier

Hälsa och ojämlikhet i hälsa har under de senaste 30 åren kommit allt mer i fokus på den internationella politiska agendan. Ett av de mest tongivande bidragen gjordes av den av WHO tillsatta Commission on Social Determinants of Health (CSDH), som 2008 publicerade sin slutrapport *Closing the Gap in a Generation*. Den levererade tre övergripande rekommendationer: förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv, motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser samt mät och följ upp effekterna av olika politiska åtgärder för att sluta hälsogapen. Rapporten behandlades av World Health Assembly, WHO:s högsta beslutande organ, som år 2009 antog en resolution (WHA 62.14) genom vilken medlemsstaterna åtog sig att minska ojämlikheten i hälsa genom aktiva insatser som syftar till att fokusera på hälsans bestämningsfaktorer (WHO 2009).

Som ett led i detta arbete anordnades en global konferens i Rio de Janeiro 2011, där 124 av WHO:s medlemsländer samlades och antog den s.k. Rio-deklarationen (WHO 2011), vilken senare alla medlemsländer ställde sig bakom i en resolution antagen vid World Health Assembly 2012 (WHA 65.8). Rio-deklarationens ramverk för arbetet med att sluta hälsogapen är därmed en utgångspunkt också för det svenska arbetet.

Inom det globala WHO-systemet har även en serie konferenser ägnats åt hälsofrämjande, vilka bidragit till framväxten av ett fokus på hälsans sociala bestämningsfaktorer. Den första av dessa ägde

rum i Ottawa 1986, där den s.k. Ottawa Charter antogs. I manifestet lyftes fundamentala resurser och förhållanden för hälsan som utbildning, mat och inkomst, liksom mer övergripande förutsättningar som fred och social rättvisa (WHO 1986). Den senaste av dessa konferenser hölls i Shanghai i november 2016 där dessa frågor lyftes i relation till Agenda 2030.

Agenda 2030 är den process som ska leda fram till att uppfylla de 17 globala målen för hållbar utveckling som FN:s generalförsamling har beslutat om (A/RES/70/1). Av dessa 17 mål har flera direkt bäring på jämlik hälsa med ett brett tvärsektorielt fokus på livsvillkor, såsom målen; 3) God hälsa och välbefinnande, 4) God utbildning för alla, 5) Jämställdhet, 8) Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt, 10) Minskad ojämlikhet, 11) Hållbara städer och samhällen och 12) Hållbar konsumtion, 16) Fredliga och inkluderande samhällen och produktion samt 17) Genomförande och globalt partnerskap.

Även inom WHO:s Europaregion har ett arbete bedrivits med utgångspunkt i rekommendationerna från CSDH och WHO:s efterföljande resolution (WHA 62.14). En Europeisk kommission presenterade 2014 rapporten *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region* med förslag till åtgärder för WHO Europas medlemsstater. Rapporten utgjorde ett av underlagen för WHO Europas policyramverk Hälsa 2020, vilket antogs av de 53 medlemsstaterna i regionen i september 2012 (EUR/RC62/R4). Detta policyramverk ger flera rekommendationer baserade på två övergripande strategiska mål: 1) att förbättra hälsan för alla och minska ojämlikheten i hälsa, samt 2) att förbättra ledarskap och styrning avseende folkhälsa. Hälsa 2020 framhåller särskilt vikten av sektorsövergripande insatser på alla samhällsnivåer och betydelsen av att andra sektorer utanför hälsosektorn prioriterar hälsa.

Också inom ramen för den Europeiska unionen (EU) har ojämlikhet under lång tid pekats ut som en av de stora framtidsutmaningarna. EU:s folkhälsostrategi *Tillsammans för hälsa* gällde formellt fram till 2013, men ska fortsatt stödja unionens tillväxtstrategi EU 2020. I denna betraktas strategier för hälsa och jämlik hälsa som investeringar som bidrar till stärkt social sammanhållning för att minska ohälsa, fattigdom och social utestängning. EU-kommissionen presenterade 2009 meddelandet *Solidaritet i hälsa*:

att minska ojämlikheten i hälsa i EU (KOM/2009/0567) för Europaparlamentet och Europeiska unionens råd. I meddelandet konstateras att skillnaderna inom och mellan EU:s medlemsstater är stora med tecken på ökad ojämlikhet, särskilt bland utsatta grupper, som t.ex. etniska minoriteter. Skillnaderna i hälsa är kopplade till socioekonomiska faktorer som påverkar många aspekter av människors levnadsförhållanden, vilket i sin tur påverkar människors hälsa. Europaparlamentet svarade på EU-kommissionens meddelande genom att anta en resolution: *Reducing health inequalities in the EU* (2010/2089(INI)). I resolutionen uppmanade Europaparlamentet medlemsstaterna att ta till sig EU-kommissionens rekommendationer och verka för att utjämna sociala och ekonomiska skillnader i hälsa mellan och inom medlemsstaterna.

I november 2016 påbörjades också den nya tvååriga hälsocykeln som EU-kommissionen initierat (*State of Health in the EU*). Den inleddes i och med att rapporten *Health at a glance: Europe* publicerades i samarbete med OECD. De kommande stegen i denna cykel ska enligt planen inkludera landspecifika hälsoprofilrapporter med tillhörande rapport från EU-kommissionen. Denna process ska pågå under 2017, varpå frivilliga konsultationer erbjuds för medlemsstater.

Även inom ramen för samarbete i Nordiska ministerrådet finns uttalade ambitioner att stärka samarbete för en förbättrad folkhälsa och att minska ojämlikheten i hälsa. Detta uttalas b.l.a. i en deklARATION om folkhälsosamarbete i Norden som antogs i april 2016. I denna uttalas målet att minska ojämlikheten i hälsa genom att underlätta kunskapsdelning, utvecklingsprojekt, policyutveckling och implementering av åtgärder för en god och jämlik hälsa (Nordiska ministerrådet 2016).

Sammanfattningsvis har frågor om jämlik hälsa prioriterats högt under det senaste decenniet inom FN, WHO, EU och Nordiska ministerrådet. Inom dessa internationella och europeiska organisationer finns starkt stöd för arbete för mer jämlik hälsa, såväl formellt i form av beslutade resolutioner som mer praktiskt i form av policyramverk och internationellt samarbete. Eftersom förklaringen till den ojämlika hälsan finns inom ramen för hälsans bestämningsfaktorer har varken WHO eller EU emellertid någon direkt beslutandemakt på flertalet av de områden som dessa

omfattar. Medlemsstaterna har exempelvis fullständig beslutande-makt över sina välfärdssystem. I den mån internationella och europeiska organisationer kan utöva inflytande på medlemsstaternas välfärdssystem är det endast i ”mjuk” form, dvs. genom strategier och rekommendationer i motsats till ”hård” lagstiftning.

2.5 Organiseringen av genomförandet av folkhälsopolitiken – en politik beroende av insatser på många områden av ett stort antal aktörer

Som har konstaterats ovan är en god och jämlik hälsa beroende av en kombination av olika faktorer som t.ex. en persons utbildning, situation på arbetsmarknaden, boende- och närmiljö, möjligheter till inflytande och levnadsvanor. Detta innebär att möjligheterna att nå det av riksdagen beslutade övergripande målet för folkhälsopolitiken att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen är avhängiga insatser på ett stort antal områden av en bredd av aktörer. Vissa av dessa områden ligger inom folkhälsopolitikens egna mandat och budget, t.ex. arbetet med frågor om alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel samt hiv/aids.³ Andra centrala områden är exempelvis utbildnings-, arbetsmarknads-, arbetslivs-, demokrati- och bostadspolitiken. Kopplingen till hälso- och sjukvårdspolitiken är naturligtvis också stark.⁴ Folkhälsopolitiken är således tvärssektoriell.

Inom Regeringskansliet har Socialdepartementet ansvar för att samordna folkhälsopolitiken. Folkhälsomyndigheten har enligt sin instruktion ett särskilt ansvar för folkhälsofrågorna bland myndigheterna på nationell nivå och länsstyrelserna har ett folkhälso-uppdrag på regional nivå. I den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 pekades även ytterligare cirka 50 myndigheter ut som särskilt viktiga för folkhälsopolitiken.

³ I Regeringskansliet ansvarar Enheten för folkhälsa och sjukvård för samordning av folkhälsopolitiken. Enheten har inom det folkhälsopolitiska området också ansvar för främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa, hälsoskydd, smittskydd, alkohol, tobak, narkotika, dopning och dopningsmedel samt förbud mot vissa hälsofarliga varor (RKF 2016:5). Budgeten som relaterar till detta arbete återfinns i avsnitt 2.6 i detta delbetänkande. Detta är vad som avses när vi här talar om folkhälsopolitikens egna mandat och budget.

⁴ Här finns exempelvis anslagen för hälso- och sjukvården och för arbetet för psykisk hälsa.

Ett stort antal av de faktorer som påverkar en god och jämlik hälsa ligger inom kommunernas, landstingens och regionernas ansvarsområden. Detta innebär att måluppfyllelsen också är starkt beroende av ett aktivt arbete på lokal och regional nivå och av att den nationella folkhälsopolitiken uppfattas som relevant av kommuner, landsting och regioner. Vidare är det viktigt att det finns ett samspel mellan arbetet på de olika nivåerna. Det civila samhället och näringslivet spelar också en viktig roll i många frågor kopplade till folkhälsan och en jämlik hälsa. Nedan beskrivs de olika aktörernas uppgifter och roller närmare.

2.5.1 Arbetet i Regeringskansliet

Eftersom folkhälsopolitiken är tvärsektoriell har varje departement och minister ansvar för folkhälsoaspekter av det arbete som bedrivs inom respektive departement. I propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35, s. 26) skrivs att ”ett övergripande nationellt folkhälsomål behövs för att klargöra att ett folkhälsoperspektiv skall genomsyra samtliga politikområden”. Socialdepartementet har ett särskilt ansvar för att samordna folkhälsopolitiken. I dag har Enheten för folkhälsa och sjukvård detta samordnande ansvar. Enheten har inom det folkhälsopolitiska området också ansvar för främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa, hälsoskydd, smittskydd, alkohol, tobak, narkotika, dopning och dopningsmedel samt förbud mot vissa hälsofarliga varor (skr. 2016:5).

2.5.2 Myndigheternas arbete

Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och länsstyrelserna har särskilda uppdrag inom folkhälsopolitiken. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har ansvar för att främja och stödja forskning inom bl.a. folkhälsovetenskap. Vidare pekades ett femtiotal myndigheter ut som särskilt relevanta för folkhälsopolitiken i den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 (prop. 2002/03:35).

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten bildades 2014 genom en sammanslagning av Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet. Myndigheten tog samtidigt över vissa uppgifter från Socialstyrelsen gällande miljöhälsa och miljö- och folkhälsorapportering. Bakgrunden till förändringen beskrevs i regeringens proposition *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet* (prop. 2012/13:116, bet. 2012/13:SoU27, rskr. 2012/13:280). Syftet med förändringen var bl.a. att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet och att ge ett bättre kunskapsstöd till ansvariga huvudmän.

Folkhälsomyndighetens allmänna uppgifter är enligt myndighetens instruktion (SFS 2013:1020) att: verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta samt genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Verksamheten ska stå på vetenskaplig grund och särskild vikt ska fästas vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa.

Myndigheten ska 1) ansvara för uppföljning av befolkningens hälsa och för sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer med utgångspunkt i folkhälsopolitikens målområden samt utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet, 2) svara för kunskapsuppbyggnad inom sitt ansvarsområde, 3) förse regeringen och statliga myndigheter med kunskaps- och beslutsunderlag inom sitt ansvarsområde, 4) identifiera, analysera och förmedla för ansvarsområdet relevant kunskap till berörda i kommuner, landsting och andra berörda samhällssektorer, 5) samordna, följa och utveckla smittskyddet på nationell nivå och 6) medverka till minskad negativ miljöpåverkan på människors hälsa.

Folkhälsomyndigheten ska särskilt analysera utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer och hur bestämningsfaktorerna fördelas efter kön, etnisk eller kulturell bakgrund, socio-

ekonomisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsnedsättning och ålder.⁵

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Myndigheten ska dessutom följa, analysera och rapportera om hälsa, hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier (SFS 2015:284).

I budgetpropositionen för 2017 anger regeringen att Socialstyrelsen bidrar till genomförandet av regeringens folkhälsopolitik och att det bör noteras att insatserna inom hälso- och sjukvårdspolitiken bidrar till uppfyllelsen av regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna (prop. 2016/17:1, utgiftsområde 9).

Länsstyrelserna

Sveriges 21 länsstyrelser har enligt Förordning (2007:825) med länsstyrelseinstruktion i uppdrag att verka för att nationella mål får genomslag i länet samtidigt som hänsyn ska tas till regionala förhållanden och förutsättningar. Länsstyrelserna ska utifrån ett statligt helhetsperspektiv arbeta sektorsövergripande och inom myndighetens ansvarsområde samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser. Länsstyrelserna ska främja länets utveckling och noga följa tillståndet i länet samt underrätta regeringen om dels det som är särskilt viktigt för regeringen att ha vetskap om, dels händelser som inträffat i länet.

Länsstyrelserna har ett särskilt ansvar för frågor som rör folkhälsa (2007:825 3 § art. 12). Bland länsstyrelsernas sektorsövergripande uppgifter anges också att länsstyrelserna ska ”verka för att det av riksdagen fastställda nationella folkhälsomålet uppnås ge-

⁵ För en mer detaljerad beskrivning av myndighetens samlade uppdrag, se myndighetens instruktion (SFS 2013:1020).

nom att folkhälsan beaktas inom länsstyrelsernas arbete med bl.a. regional tillväxt, samhällsplanering, krishantering samt alkohol och tobak”(5 § art. 6). Länsstyrelsernas arbete med samordning av ANDT-frågor regleras genom Förordning (2012:606) om samordning inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet m.m. Denna förordning föreskriver bl.a. att det vid varje länsstyrelse ska finnas en särskild samordningsfunktion för ANDT-frågor (§2).

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har i uppgift att stödja grundforskning och behovsstyrd forskning på arbetslivsområdet samt inom social- och folkhälsovetenskap. Myndigheten har även i uppgift att samordna forskning om bl.a. a) barn och ungdomar, däribland barns och ungdomars hälsa, b) äldre, c) funktionshinder och d) socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning (SFS 2007:1431).

Andra myndigheter med koppling till folkhälsopolitiken

I den folkhälsopolitiska propositionen 2003 pekades ett femtiotal myndigheter ut som särskilt relevanta för folkhälsopolitiken (prop. 02/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Vidare fastslogs att ”Regeringens förslag till övergripande mål för folkhälsopolitiken innebär att de myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som direkt påverkar folkhälsan också skall beakta dessas effekter på folkhälsan samt aktivt arbeta för att den egna verksamheten eller ansvarsområdet bidrar till en positiv hälsoutveckling” (Ibid., s. 30).

2.5.3 Kommunernas, landstingens och regionernas arbete

Kommuner, landsting och regioner har ansvar för många av de områden som påverkar folkhälsan. Kommunernas befogenheter, organisation och verksamhetsformer regleras i kommunallagen (1991:900). Genom speciallagstiftningen har kommuner och landsting ansvar för

viktiga samhällsfunktioner som oftast är obligatoriska uppgifter. Kommuner och landsting kan även fatta beslut om att utföra olika frivilliga uppgifter.

Kommunernas obligatoriska uppgifter är:

- 1) social omsorg (äldre- och handikappomsorg samt individ- och familjeomsorg,
- 2) för-, grund- och gymnasieskola,
- 3) plan- och byggfrågor,
- 4) miljö- och hälsoskydd,
- 5) renhållning och avfallshantering,
- 6) vatten och avlopp,
- 7) räddningstjänst,
- 8) civilt försvar,
- 9) biblioteksverksamhet och
- 10) bostäder.

Kommunens frivilliga uppgifter är:

- 1) fritid och kultur,
- 2) energi,
- 3) sysselsättning och
- 4) näringslivsutveckling.

Landstingens obligatoriska uppgifter är:

- 1) hälso- och sjukvård och
- 2) tandvård för barn och ungdomar upp till 20 års ålder.

Landstingens frivilliga uppgifter är:

- 1) kultur,
- 2) utbildning och
- 3) turism.

En *gemensam, obligatorisk uppgift för kommuner och landsting* är regional och lokal kollektivtrafik (Regeringen 2015).

Merparten av såväl de obligatoriska som frivilliga uppgifterna för kommuner och landsting har på ett direkt eller indirekt sätt koppling till folkhälsan. Det bör dock noteras att folkhälsa i sig inte anges som en specifik uppgift. Lagar som reglerar kommunernas och landstingens arbete med frågor kopplade till hälsa och till jämlikhet i villkor presenteras i avsnitt 2.4.1.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) stödjer kommunernas och landstingens hälsofrämjande och förebyggande arbete inom folkhälsoområdet. SKL verkar bl.a. för att underlätta och öka samverkan mellan kommuner och landsting och andra aktörer. En prioritering för SKL under perioden 2016–2019 är att verka för att kommunerna, landstingen och regionerna arbetar hälsofrämjande och förebyggande för att stärka social hållbarhet och minska skillnader i hälsa. SKL verkar också för att kommuner, landsting och regioner arbetar för att uppnå målet om att sluta folkhälsoklyftan inom en generation (SKL 2016).

2.5.4 Andra offentliga aktörer på statlig och kommunal nivå

Andra aktörer på statlig nivå som inte har sitt uppdrag från folkhälsopolitiken, men som kan nämnas i detta sammanhang är Rådet för styrning med kunskap och den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa.

Rådet för styrning med kunskap styrs av Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rådets arbete samordnas av Socialstyrelsen och består av myndighetscheferna för E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Styrning med kunskap relaterar till de icke bindande kunskapsstöd och föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Tanken är att styrningen med kun-

skap ska vara samordnad, effektiv och anpassad till de behov som olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmän har. Styrningen med kunskap ska även bidra till en ökad jämställdhet.

Den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa ska stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, landsting och organisationer inom området psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. Samordnaren ska a) identifiera utvecklingsbehov inom området psykisk hälsa och redovisa dessa till regeringen med förslag till åtgärder, b) följa upp de insatser som görs inom ramen för samarbetet med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), med fokus på effekter för folkhälsan, patienter, brukare och anhöriga, samt och c) föreslå hur utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa långsiktigt kan integreras i ordinarie myndighetsstruktur (dir. 2015:138).

Det bedrivs också ett arbete på SKL inom området psykisk hälsa, Uppdrag Psykisk Hälsa, vilket är ett resultat av en överenskommelse mellan regeringen och SKL 2016. Socialdepartementet finansierar arbetet som har sin organisatoriska placering på SKL. Det övergripande syftet med överenskommelsen är att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet och att förebygga och motverka psykisk ohälsa. En central utgångspunkt är att förstärka kommuners och landstings kapacitet och möjligheter att göra analyser av behov och utmaningar, lokalt och regionalt, på området psykisk hälsa (Socialdepartementet och SKL 2016).

2.5.5 Det civila samhället och näringslivet

Att det civila samhället och näringslivet kan spela en viktig roll i folkhälsoarbetet lyfts fram i såväl prop. 2002/03:35 som prop. 2007/08:110. Det sägs bl.a. att arbetet med att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen kräver insatser på flera samhällsnivåer och från olika aktörer inom den offentliga, privata och ideella sektorn (prop. 2002/03:35). Dessutom uttrycks att "ett verkligt effektivt folkhälsoarbete bygger på ett gemensamt ansvarstagande mellan det offentliga, den ideella sektorn och den enskilda människan. Om

de offentliga krafterna samverkar med ideella och privata aktörer ökar möjligheterna att se och synliggöra den enskildes och olika gruppers behov. Likaså ökar möjligheterna att utveckla bättre och fler metoder för att förstå och påverka det egna hälsotillståndet samt att utveckla fler hälsofrämjande arenor där dessa metoder kan tillämpas” (prop. 2007/08:110, s. 6–7).

Folkhälsomyndigheten fördelar statsbidrag till civilsamhällesorganisationer för bl.a. tobaksförebyggande arbete, ANDT-arbete, hiv/STI-preventivt arbete och för verksamhet mot överdrivet spelande.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, har till uppgift att sprida information om alkohol och andra droger. CAN är en ideell förening med 47 medlemsorganisationer. CAN:s verksamhet finansieras i stor utsträckning av ett årligt statsbidrag (16 800 000 kr för 2015) och regeringen utser ordförande. Flera statliga myndigheter (Forte, Vetenskapsrådet, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen) utser också ledamöter i CAN:s styrelse (CAN 2016).

2.6 Budgeten för folkhälsopolitiken

Statens budget består av 27 utgiftsområden, vilka alla inrymmer ett eller flera områden (sammanlagt drygt 80 områden). Folkhälsopolitiken är ett område under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Inom området Folkhälsopolitik i budgetpropositionen redovisas huvudsakligen de åtgärder inom folkhälsoområdet som finansieras från utgiftsområde 9. Folkhälsopolitiken är sektorsövergripande varför flera insatser på området primärt redovisas inom andra berörda utgiftsområden.

Området omfattar anslag för Folkhälsomyndigheten, insatser för vaccinberedskap, insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar samt Sveriges bidrag till Världshälsoorganisationen (WHO) och WHO:s ramkonvention om tobakskontroll. Vidare finansieras Alkoholsortimentsnämndens verksamhet och bidrag till frivilligorganisationer och till alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiska insatser samt insatser mot spelberoende.

Tabell 2.2 Utgiftsutveckling inom Folkhälsopolitik

Miljoner	Utfall 2015	Budget 2016 ¹	Prognos 2016	Förslag 2017	Beräknat 2018	Beräknat 2019	Beräknat 2020
2:1 Folkhälsomyndigheten	375	375	374	380	382	390	399
2:2 Insatser för vaccinberedskap	1	85	58	89	89	89	89
2:3 Bidrag till WHO	38	35	37	38	35	35	35
2:4 Insatser mot hiv/aids & andra smittsamma sjukdomar	145	146	143	76	76	76	76
6:1 Alkoholsortimentsnämnden	0	0	0	0	0	0	0
6:2 Åtgärder avseende ANDT	244	164	158	214	214	184	114
Summa							
Folkhälsopolitik	803	804	770	796	795	773	711

¹ Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2016 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Källa: Regeringens budgetproposition för 2017 (prop. 2016/17:1, utgiftsområde 9, tabell 5.1).

Folkhälsomyndigheten har ett särskilt ansvar inom folkhälsoområdet, men även Socialstyrelsen bidrar till genomförandet av regeringens folkhälsopolitik. Anslaget för Socialstyrelsen behandlas under utgiftsområde 9, avsnitt 4 Hälsa- och sjukvårdspolitik i budgetpropositionen. Vissa insatser inom folkhälsoområdet finansieras även av anslag som behandlas under det avsnittet, t.ex. anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård och anslag 1:8 Bidrag till psykiatri (prop. 2016/17:1).

3 Det folkhälsopolitiska ramverket – rätt tänkt, men i behov av utveckling

I det föregående kapitlet redogjordes för hur det folkhälsopolitiska ramverket ser ut, hur det har utvecklats under åren och hur det var tänkt att fungera. Som Kommissionen konstaterade i sitt delbetänkande (SOU 2016:55) bedömer vi att detta ramverk i många avseenden är väl genomtänkt och upplagt, men i behov av utveckling.

I detta kapitel fördjupar vi oss i orsakerna till att folkhälsopolitiken inte har fått avsett genomslag. Redan i det första delbetänkandet (kap. 3.4) identifierade Kommissionen flera faktorer inom det folkhälsopolitiska ramverket kopplade till såväl folkhälsopolitikens struktur som till dess genomförande och som sannolikt har bidragit till detta. Här presenterar vi en mer detaljerad och fördjupad analys av hur det folkhälsopolitiska ramverket fungerar i praktiken i dag.

Analysen baseras i första hand på Kommissionens egna empiriska material bestående av de enkätundersökningar som Kommissionen genomförde under 2016. Enkätundersökningarna gjordes bland Sveriges samtliga kommuner, landsting och regioner, samtliga länsstyrelser samt 40 myndigheter (se vidare avsnitt 1.3 om enkäterna).

I analysen utgår vi även från tidigare rapporter med bäring på styrning och uppföljning av folkhälsopolitiken från bl.a. Statskontoret (2013), SKL (2015) och Statens folkhälsoinstitut (2013), styrdokument för myndigheter (i första hand deras instruktioner) samt dokumentation från andra kommissioner på internationell, nationell, regional och lokal nivå. Vi har också fått med oss viktigt underlag från Kommissionens breda dialog med relevanta aktörer. I

tillämpliga delar har vi slutligen gjort jämförelser med andra tvärsektoriella politikområden och i viss mån andra länders folkhälsopolitik, främst de nordiska ländernas.

I analysen kring ett bristande genomslag för folkhälsopolitiken anknyter vi i viss utsträckning till resonemang från implementeringsforskningen. Implementeringsforskningen har i hög grad fokuserat på implementering av specifika reformer och åtgärder på ett sakområde eller av arbetsätt och metoder. Eftersom vi här analyserar genomförandet av en sektorsövergripande politik på en mer övergripande policynivå går det inte alltid att dra paralleller till den forskning som finns. En inom implementeringsforskningen ofta citerad utgångspunkt för analys, som vi bedömer är användbar i sammanhanget, är Lennart Lundquists teori om att det krävs tre villkor på aktörsplanet för en lyckad implementering av politiska beslut (Lundquist 1987). Dessa fokuserar på de tjänstemän som ska genomföra ett beslut och de villkor de arbetar under. Tjänstemännen måste enligt Lundquist förstå, vilja och kunna genomföra fattade beslut. Tjänstemännen måste *förstå* de fattade besluten i form av t.ex. relevant lagstiftning eller uppsatta mål. De måste vidare *vilja* implementera fattade beslut såsom politikerna avsett. Slutligen måste tjänstemännen *kunna* implementera fattade beslut. Detta innebär att de måste ha resurser (tid, ekonomiska, och inflytande), kunskap, information, handlingsförmåga och legitimerande resurser (resonemang om detta utvecklas bl.a. i Bengtsson 2004 och 2012, samt Löfgren 2012).

Ytterligare en diskussion inom implementeringsforskningen som är intressant utifrån en analys av genomförandet av folkhälsopolitiken handlar om vad som beskrivs som en rörelse från centralstyrning ("government") till en mer interaktiv och nätverksbaserad samhällsstyrning ("governance"). "Government" representerar en vertikal styrning där en stat eller en kommun fattar besluten och styr genom hierarkisk ordergivning. I styrning präglad av "governance" både fattas och genomförs beslut i stället i nätverk bestående av både offentliga och andra samhällsaktörer såsom organisationer i det civila samhället (utvecklas t.ex. i Bengtsson 2012 och Löfgren 2012). Bengtsson beskriver att skiftet från "government" till "governance" (om nu något sådant har skett, mycket tyder på att de existerar sida vid sida tillsammans med marknadsstyrning, resonerar Bengtsson) antas innebära att politikens möjlighet att på

egen hand styra samhällsutvecklingen har minskat. Bengtsson lyfter särskilt fram att styrningen inom komplexa politikområden såsom miljöpolitik och folkhälsopolitik inte längre kan centralstyra fram en önskvärd händelseutveckling.

Att det därmed krävs samverkan av ett antal olika aktörer är också en mycket tydlig utgångspunkt i den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 och även i propositionen från 2007/08 och efterföljande skrivelser på området. Huruvida denna medvetenhet om behovet av agerande av en bredd av aktörer har blivit verklighet vad gäller folkhälsopolitiken är dock en öppen fråga som vi här söker svaret på. Samtidigt följer det av Bengtssons resonemang att aktörer inom komplexa politikområden behöver ha en gemensam målbild om deras sammantagna agerande ska få en riktning, och i vilken mån det finns en sådan målbild eller inte blir därmed också en viktig fråga för Kommissionen.

3.1 Otydligheter i målstrukturen försvårar såväl styrning som uppföljning av folkhälsopolitiken

Som beskrevs i föregående kapitel styrs folkhälsopolitiken av det övergripande målet att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Vidare kopplades initialt existerande mål på en stor mängd berörda politikområden till folkhälsopolitikens elva målområden. Dessa mål skulle vara vägledande för folkhälsoarbetet. Dessutom beslutade riksdagen att regeringen kunde fatta beslut om mer specifika delmål. Några delmål beslutades dock aldrig.

De elva målområden som beslutades av riksdagen 2003 innehöll i vissa fall värdeord som ”goda”, ”trygga” och ”sunda”, samt ord som indikerade en riktning såsom ”ökad” och ”minskad”. Efterhand uppmärksammades regeringen av regionala och kommunala folkhälsoaktörer samt civilsamhällesorganisationer på att rubriceringen av målområdena var missvisande på så sätt att de riskerade att uppfattas som mål i sig. För att tydliggöra att så inte var fallet bedömde regeringen att ord som indikerade en värdering eller en inriktning skulle tas bort. Detta gjordes i samband med propositionen *En förnyad folkhälsopolitik 2007/08*. Regeringen bedömde att denna ändring skulle göra det tydligt att de elva målområdena

är en ”gruppering av mål inom andra politikområden” (prop. 2007/08:110, bet. 2007/08Sou11, rskr. 2007/08:226, s. 24). Ganska snart därefter, 2008, upphörde dock organiseringen av Regeringskansliets verksamhet i s.k. politikområden och därmed försvann den uttalade kopplingen till andra områdens mål.

De elva målområdena har alltså aldrig haft någon direkt styrande funktion i sig. I och med att kopplingen till andra områdens mål upphörde 2008 utgör målområdena inte heller längre någon gruppering av mål. Det ”glapp” som har uppstått i målsystemet menar Kommissionen är ett problem. Vidare menar vi även att själva ordet ”målområden” kan uppfattas som att det rör sig om någon typ av mål, vilket kan bli missvisande såsom politiken är formulerad i dag.

Den utveckling som beskrivs ovan innebär att det i praktiken i dag endast är det övergripande målet som är formellt styrande av de mål som fördes fram i den folkhälsopolitiska propositionen 2003. Detta behöver inte nödvändigtvis i sig vara ett problem, men på ett sektorsövergripande område som folkhälsopolitiken blir styrsignalen till relevanta aktörer väl allmän med endast den typen av mycket övergripande och visionära mål.

Avsaknaden av delmål har lyfts fram som en brist även av Statskontoret i deras utvärdering av uppföljningssystemet för folkhälsopolitiken 2013. Statskontoret menade att avsaknaden av delmål försvårar uppföljningen av politiken. Kommissionen instämmer i Statskontorets bedömning och vill understryka att avsaknaden av delmål även försvårar styrningen av politiken. Statskontoret föreslog att regeringen bör anta delmål. Kommissionen delar uppfattningen att detta skulle kunna stärka och tydliggöra såväl styrningen som uppföljningen av folkhälsopolitiken.

Ytterligare en aspekt som bidrar till otydlighet i målstrukturen för folkhälsopolitiken är tillägget av regeringens långsiktiga mål att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Detta beskrivs som ett långsiktigt mål bl.a. i budgetpropositionerna för 2016 och 2017, men har inte såsom är fallet med det övergripande målet och målområdena beslutats av riksdagen. Därmed finns det vissa oklarheter kring hur detta mål förhåller sig till den formella målstrukturen, något som även framkommit i Kommissionens dialog med berörda aktörer. Kommissionens enkätundersökningar bland kommuner, landsting, myndigheter och länsstyrelser visar vidare

att genomslaget för det långsiktiga målet om jämlik hälsa varierar, vilket beskrivs mer i detalj nedan.

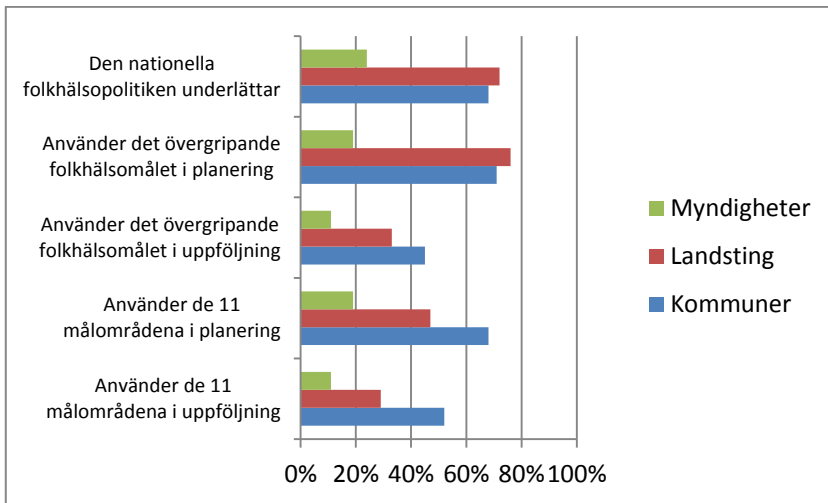
Sammanfattningsvis anser Kommissionen att målstrukturen skulle behöva kompletteras med delmål och att det långsiktiga målets förhållande till det av riksdagen beslutade målsystemet behöver tydliggöras.

3.2 Varierande genomslag för folkhälsopolitiken hos relevanta aktörer

Att målet och målområdena för folkhälsopolitiken är kända, uppfattas som relevanta och används av berörda aktörer är av stor vikt för folkhälsopolitikens genomslag och måluppfyllelse. Samtliga berörda aktörer på alla samhällsnivåer behöver också känna till och förstå sitt ansvar och uppdrag inom området.

När det gäller genomslaget av det övergripande folkhälsopolitiska målet och de elva målområdena bland berörda aktörer visar våra enkätundersökningar samma tendens som tidigare undersökningar – att det övergripande målet och målområdena används i högre utsträckning av kommuner, landsting och regioner än av de statliga myndigheterna (Statens folkhälsoinstitut 2013 och Kommissionen för jämlik hälsa 2016). De kommunala och regionala aktörerna anger också i betydligt högre utsträckning än de nationella myndigheterna att den nationella folkhälsopolitiken har underlättat deras arbete med folkhälsorelaterade frågor.

Figur 3.1 Myndigheter, kommuner och landsting som anger att den nationella folkhälsopolitiken används och underlättar i mycket stor eller ganska stor utsträckning



Källa: Kommissionen för jämlik hälsa 2016. Myndigheter n=37, landsting/regioner n=21, kommuner n=253.

Figur 3.1 visar att 68 procent av kommunerna och 72 procent av landstingen och regionerna i Kommissionens enkät angav att den nationella folkhälsopolitiken har underlättat det kommunala respektive regionala folkhälsoarbetet i mycket eller ganska stor utsträckning. Här kan vissa skillnader ses mellan olika regioner. I vissa regioner svarade mindre än hälften av kommunerna att de har varit hjälpta av den nationella folkhälsopolitiken, medan siffran ligger på 80 procent eller mer i andra regioner. Bland de statliga myndigheterna var motsvarande i siffra 22 procent, vilket innebär att 8 av 37 svarande myndigheter ansåg att folkhälsopolitiken har underlättat deras folkhälsorelaterade arbete i mycket eller ganska stor utsträckning. Det bör även noteras att endast en myndighet svarade att den nationella folkhälsopolitiken har underlättat för myndigheten att arbeta med folkhälsorelaterade frågor i mycket stor utsträckning.

Av kommunerna angav 71 procent att de använder det *övergripande målet i planeringen* av sin verksamhet i ”mycket eller ganska stor utsträckning”. Motsvarande siffra för landstingen och regionerna var

76 procent, och för myndigheterna 19 procent (ingen av de senare svarade dock i ”mycket hög utsträckning”).

Vad gäller det användandet av det *övergripande målet i uppföljningen av folkhälsoarbetet* angav 45 procent av kommunerna och 33 procent av landstingen och regionerna att de använder det i ”mycket eller ganska stor utsträckning”. Motsvarande siffra för myndigheterna var 11 procent (inte heller på denna fråga svarade någon myndighet i ”mycket hög utsträckning”).

Landsting och regioner använder alltså folkhälsopolitikens övergripande mål i ungefär lika stor utsträckning som kommuner i planeringen, men i betydligt lägre utsträckning i uppföljningen. Myndigheternas siffror ligger väsentligt lägre när det gäller användande av det övergripande målet i såväl planering som uppföljning.

Avseende *de elva målområdena* uppgav 68 procent av kommunerna och 47 procent av landstingen och regionerna att de används i ”mycket eller ganska stor utsträckning” i *planeringen* av folkhälsoarbetet. Av kommunerna angav 52 procent av kommunerna och 29 procent av landstingen och regionerna att de använder målområdena i ”mycket eller ganska stor utsträckning” i *uppföljningen*. Motsvarande siffror för myndigheterna var 19 respektive 11 procent (ingen av myndigheterna använde de 11 målområdena i mycket stor utsträckning i uppföljningen). Att målområdena inte används i samma utsträckning av landsting och myndigheter är möjligen en naturlig konsekvens av att de har mer avgränsade uppdrag än kommunerna i relation till hälsans bestämningsfaktorer.

Sveriges samtliga länsstyrelser har i uppdrag att arbeta med folkhälsa, inklusive samordning kring ANDT-frågor. I och med detta har länsstyrelserna ett uttalat uppdrag att verka för att regeringens mål får genomslag i regionen. Enkätfrågorna till dem har därför formulerats på ett delvis annat sätt än frågorna till kommuner, landsting, regioner och nationella myndigheter. Till länsstyrelserna ställdes bl.a. frågan i vilken utsträckning de under perioden 2011–2016 har arbetat med dels det övergripande målet för folkhälsopolitiken och det långsiktiga målet att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation, dels de elva målområdena. Det område länsstyrelserna angav att de hade arbetat med i allra störst utsträckning var ANDT-frågorna där samtliga länsstyrelser svarade att de hade arbetat med området i ”mycket eller ganska stor utsträckning”. Vidare svarade 81 procent att de

hade arbetat i ”mycket eller ganska stor utsträckning” med delaktighet och inflytande i samhället, 71 procent med det övergripande målet, medan 67 procent uppgav att de i ”mycket eller ganska stor utsträckning” hade arbetat med miljöer och produkter respektive barn och ungas uppväxtvillkor.

Sammanfattningsvis har folkhälsopolitikens mål och elva målområden fått ett förhållandevis stort genomslag bland kommuner, landsting och regioner. En klar majoritet uppger i sina enkätsvar att de upplever att folkhälsopolitiken har varit till hjälp i arbetet. Målet och målområdena används i planeringen bland relativt många, men i betydligt lägre utsträckning i uppföljningen. Bland myndigheterna på nationell nivå är genomslaget väsentligt sämre. Genomslaget hos länsstyrelserna har vi inte mätt på samma sätt då de har ett uttalat uppdrag inom folkhälsopolitiken, men det bör i sammanhanget nämnas att länsstyrelserna i sina enkätsvar uttrycker ett stort behov av utveckling när det gäller det folkhälsopolitiska arbetet.

Att genomslaget för folkhälsopolitiken inte är starkare bland myndigheter kan ses som en paradox. Detta eftersom den nationella folkhälsopolitiken är direkt styrande för de statliga myndigheterna medan den i enlighet med den kommunala självstyrelsen endast är vägledande för kommuner, landsting och regioner. Här kan det dock konstateras att det sannolikt inte är den nationella folkhälsopolitiken i sig som gör att många kommuner och landsting bedriver ett aktivt folkhälsoarbete utan att det är lokala och regionala behov som driver arbetet, även om den nationella politiken används som ett stöd. Vi återkommer till detta senare.

I den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 konstateras att en förutsättning för måluppfyllelse är att de myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som direkt påverkar folkhälsan också ska beakta dess effekter på folkhälsan, samt aktivt arbeta för att den egna verksamheten eller ansvarsområdet bidrar till en positiv hälso-utveckling. Att denna förutsättning inte uppfyllts i någon större omfattning beror sannolikt delvis på att: 1) den direkta kopplingen mellan folkhälsopolitikens övergripande mål och mål på andra områden inte längre finns, samt; 2) brist på uttalade uppdrag för myndigheterna på nationell nivå att arbeta för de folkhälsopolitiska målen och stöd i ett sådant arbete.

Bristen på uttalade uppdrag hänger i sin tur samman med att fokus i folkhälsopolitiken under en längre tid har legat på ett

begränsat antal målområden. Detta gäller såväl på nationell, som på lokal och regional nivå. Detta utvecklas vidare i avsnitt 3.3.

Att fler myndigheter, kommuner, landsting och regioner finner stöd i och använder sig av folkhälsopolitiken och hela bredden av målområden är avgörande om en god och jämlik hälsa ska kunna uppnås.

3.3 Ett för snävt och ensidigt fokus på ett antal målområden

3.3.1 Från ett sektorsövergripande arbete i Regeringskansliet till arbete på ett begränsat antal målområden

En sektorsövergripande satsning initialt

Efter den folkhälsopolitiska propositionen 2003 gjorde den ansvariga enheten på Socialdepartementet (då Enheten för folkhälsa) en bred sektorsövergripande satsning för att samordna arbetet med att nå det folkhälsopolitiska målet och uppföljningen inom de elva målområdena. En prioriterad fråga var en väl fungerande samordning inom Regeringskansliet och en fungerande styrning av myndigheterna i enlighet med den nationella folkhälsopolitiken. Enheten för folkhälsa kom att organiseras i enlighet med målområdesstrukturen och en person fick ansvar för att arbeta med samordning och integrering av folkhälsopolitiken på nationell nivå. Denna samordnande tjänstperson genomförde olika kommunikationsinsatser och utvecklade verktyg för Regeringskansliet och andra myndigheter med syfte att underlätta integrering av folkhälsopolitiken i den egna verksamheten. Exempel på insatser var en föreläsningsserie, informationsmaterial och en webbplats på Regeringskansliets interna hemsida med information om vilka målområden som berörde vilka politikområden samt exempel på åtgärder inom respektive politikområde som har betydelse för folkhälsan. En tryckt version av denna fanns tillgänglig för övriga myndigheter. Femton politikområden med tillhörande myndigheter prioriterades särskilt och inom dessa områden utsågs kontaktpersoner som regelbundet sammankallades av samordnaren.¹

¹ Enligt uppgift från ansvarig tjänstperson på Socialdepartementet.

Regeringen inrättade också vid denna tidpunkt en nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor under ledning av folkhälso- och socialtjänstministern. I gruppen ingick cheferna för 16 myndigheter vars arbete bedömdes ha stor betydelse för att kunna nå det övergripande målet för folkhälsoarbetet. Även Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, senare Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), var representerade. Inrättandet av gruppen beskrevs som ett steg i processen att integrera folkhälsoperspektivet i andra politikområden. Ledningsgruppen hade inte någon beslutande funktion utan skulle vara en förstärkande och samordnande länk mellan den politiska riksnivån och myndigheter på nationell, regional och lokal nivå. Gruppen träffades regelbundet för att gå igenom målområde för målområde. Samtliga deltagande myndigheter fick i uppgift att i förväg definiera sin egen roll; hur de utifrån sina verksamhetsområden kunde arbeta för att nå det övergripande målet för folkhälsopolitiken. Gruppen sammanträdde sammanlagt tolv gånger under perioden 2003–2008. Gruppens arbete avstannade därefter utan uttryckligt beslut om nedläggning (dnr. S2003/8876/FS).

Som ett led i arbetet med regeringens ANDT-strategi 2011–2015 inrättades ett nationellt råd för ANDT-frågor. Rådet som hade en rådgivande funktion i förhållande till regeringen samlade 20 ledamöter från bl.a. myndigheter, kommunsektorn, forskarvärlden och det civila samhället. Rådet leddes av statsrådet eller statssekreteraren med ansvar för folkhälsofrågor. I nuvarande ANDT-strategi för perioden 2016–2020 har regeringen aviserat sin avsikt att inrätta ett råd även för den aktuella strategiperioden (skr. 2015/16:86).

Ett snävare fokus efter 2008

Det sektorsövergripande arbetet, som inkluderade samtliga elva målområden inom folkhälsopolitiken, inom Regeringskansliet och arbetet riktat mot myndigheterna kom att tonas ner i och med att fokus för folkhälsopolitiken delvis förändrades i samband med propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:Sou11, rskr. 2007/08:226). Under de nästan tio åren som har gått sedan dess har insatser främst gjorts på de målområden

som ligger inom folkhälsopolitikens egna mandat och budget (främst ANDT- och hiv-/aidsfrågor, samt föräldrastöd – för dessa områden finns som ovan nämnt även specifika nationella strategier, samt smittskydd och hälsoskydd). Under det senaste året har även insatser för kunskapsuppbyggnad initierats på områdena kost och fysisk aktivitet samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (dnr. S2016/03245/FS och dnr. S2016/04991/FS).

Behovet av en bredare ansats för att åstadkomma jämlikhet

Det faktum att det under perioder görs fokuseringar på vissa målområden är naturligtvis inget problem i sig utan en viktig och nödvändig del av styrningen och uppföljningen av vilket politiskt område som helst. Det omfattande och viktiga arbete som har skett på t.ex. ANDT-området i enlighet med regeringens två ANDT-strategier har också på många sätt varit framgångsrikt, vilket bl.a. visades i en utvärdering av den första strategin för perioden 2011–2015 (Statskontoret 2015).²

Ur ett jämlik hälsa-perspektiv och för att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation är ett alltför snävt och ensidigt fokus på de områden som ligger inom folkhälsopolitikens egna mandat dock problematiskt. En god och jämlik hälsa är beroende av insatser på en bredd av områden. Av de livsområden som Kommissionen har identifierat som särskilt viktiga för jämlik hälsa har alltför lite uppmärksamhet inom folkhälsopolitiken ägnats åt de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa. Det vill säga det som handlar om kompetenser, kunskaper och utbildning, arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, inkomster och försörjningsmöjligheter samt boende och närmiljö (motsvarande de nuvarande målområdena 2, 4 och 5 i folkhälsopolitiken).

Även om alkohol- och tobaksrelaterad ohälsa utgör en viktig del av den totala ojämlikheten i hälsa i Sverige, och ANDT-frågor därför är en central komponent i en politik för god och jämlik

² Den nämnda utvärderingen fokuserade på strategin som sådan och det konstaterades bl. a. att den är utformad på ett ändamålsenligt sätt. Statskontoret konstaterade dock att det inte gick att säga så mycket om effekter, bl. a. på grund av att åtgärder inte hade pågått tillräckligt länge för att kunna bedöma effekter och att det var svårt att isolera om eventuella effekter berodde på ANDT-strategin eller andra faktorer som kan tänkas påverka vanor.

hälsa, kan inte ANDT-arbetet ersätta en bred folkhälsopolitik. Detta beror delvis på att ojämlikhet i hälsa inte börjar i bruket av alkohol och tobak m.m., men även på att många andra faktorer också är betydelsefulla. I linje med det analytiska ramverk som Kommissionen har ställt upp – där skillnader i resurser inom centrala livsområden är kopplade till skillnader i hälsa via skillnader i utsatthet för hälsorisker, skillnader i sårbarhet samt skillnader i handlingsutrymme – menar vi dessutom att ANDT-politik tagen ur sitt större folkhälsopolitiska sammanhang blir otillräcklig också för att hantera ANDT-frågor. De instrument som traditionellt sett har använts på detta område, begränsad tillgänglighet, begränsade möjligheter till bruk, information och individuellt stöd och vård, skulle enligt vår bedömning sannolikt få större effekt på den ojämlika hälsan som följer av ANDT-bruk om de skulle stödjas av åtgärder inom andra livsområden.

Ett alltför snävt och ensidigt fokus på ett begränsat antal målområden är problematiskt även ur det breda folkhälsopolitiska perspektiv som slagits fast i den folkhälsopolitiska propositionen från 2003, liksom i efterföljande propositioner och skrivelser på området. För att uppnå en god och jämlik hälsa måste arbete komma till stånd på alla folkhälsopolitikens målområden.

I ett sådant tvärsektorielt arbete ägs inte alla frågor och instrument av de som ansvarar specifikt för folkhälsopolitiken. I stället handlar det om att de som ansvarar för samordningen av folkhälsopolitiken måste bedriva ett aktivt arbete för att relevanta aktörer på t.ex. utbildnings-, arbetsmarknads- eller bostadsområdet involveras i arbetet och tar ett aktivt ägarskap för att integrera ett folkhälso/jämlik hälsa-perspektiv och vidtar lämpliga åtgärder.

Ett breddat arbete för en god och jämlik hälsa

I samband med att Kommissionen inledde sitt arbete inrättades ett nätverk med ett tjugotal enheter från nästan samtliga departement i Regeringskansliet. Syftet var att skapa ett forum för dialog mellan enheten med ansvar för folkhälsofrågor på Socialdepartementet, andra enheter i Regeringskansliet med ansvar för frågor med bäring på jämlik hälsa och Kommissionen. Vid möten med nätverket har flera deltagare konstaterat att kunskapen om folkhälsopolitiken

och dess mål och målområden är begränsad. Flera har uppgett att deras respektive enheter på olika sätt arbetar med frågor som har bäring på och kan bidra till en god och jämlik hälsa även om detta kanske inte uttalas så tydligt. En deltagare har beskrivit det som att ”folkhälsopolitiken har lägre profil än andra sektorsövergripande perspektiv i Regeringskansliet” och inte är lika synlig. Flera av nätverkets deltagare har efterlyst bättre kunskap och samarbete om frågor om en god och jämlik hälsa. Det nystartade nätverket har lyfts av några som ett bra forum för detta. Kommissionen ser tillskapandet av nätverket som ett (av flera tänkbara) steg i arbetet med att återuppta och utveckla ett mer aktivt sektorsövergripande arbete i Regeringskansliet kring en god och jämlik hälsa.

Sammanfattningsvis, för att nå en god och jämlik hälsa är det avgörande att ha ett brett angreppssätt som omfattar alla folkhälsopolitikens målområden. Detta förutsätter i Regeringskansliet att alla departement och enheter där så är relevant integrerar ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv i sitt arbete, vidtar lämpliga åtgärder och känner ägarskap för frågorna. Detta förutsätter i sin tur ett löpande och långsiktigt arbete från den för folkhälsopolitiken samordnande enheten på Socialdepartementet med samordning, samarbete (i exempelvis det nämnda nätverket och processen för gemensam beredning i Regeringskansliet) och vid behov stöd med kunskap. Kommissionen menar att detta är centralt för att arbetet med en god och jämlik hälsa i Regeringskansliet ska kunna fungera och att det därför måste ges högsta prioritet.

3.3.2 Prioriteringarna för myndigheter, kommuner och landsting speglar i hög grad de nationella prioriteringarna

Kommissionens enkäter visar i likhet med tidigare undersökningar (t.ex. Statens folkhälsoinstitut 2013) att folkhälsoarbetet, på såväl nationell, som lokal och regional nivå, i huvudsak har kommit att fokuseras till ett begränsat antal av de elva målområdena.

Länsstyrelserna, som har ett särskilt folkhälsopolitiskt uppdrag, inklusive ANDT-samordning på regional nivå, har fokuserat allra

mest just på ANDT-arbetet³. I Kommissionens enkät svarade samtliga länsstyrelser att de i ”mycket eller ganska stor utsträckning” hade arbetat med ANDT-frågor. Andra frågor som länsstyrelserna svarade att de hade arbetat i ”ganska eller mycket stor utsträckning” med var delaktighet och inflytande i samhället, det övergripande målet, miljöer och produkter samt barn och ungas uppväxtvillkor. Allra minst har länsstyrelserna arbetat med hälsofrämjande hälso- och sjukvård, hälsa i arbetslivet och det långsiktiga målet att sluta hälsoklyftorna inom en generation.

Myndigheterna på nationell nivå använder i relativt låg utsträckning det övergripande målet och de elva målområdena i folkhälsopolitiken i planeringen och uppföljningen av sitt arbete.

När det gäller kommunerna, landstingen och regionerna och vilka av de elva målområdena de prioriterar i sitt arbete ställdes ingen fråga om det i Kommissionens enkäter. Det gjordes dock i Statens folkhälsoinstituts ovan nämnda undersökning. Av den framgår att *kommunerna* under perioden 2004–2013 särskilt prioriterade barn och ungas uppväxtvillkor, delaktighet och inflytande i samhället, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel samt förebyggande arbete med alkohol och tobak. För *landstingens* del prioriterades under samma period barn och ungas uppväxtvillkor, hälsofrämjande hälso- och sjukvård, fysisk aktivitet, sexualitet och reproduktiv hälsa samt förebyggande arbete med narkotika och tobak (Statens folkhälsoinstitut 2013).

Att de nationella prioriteringarna återspeglas på den regionala och lokala nivån är positivt utifrån ett nationellt perspektiv. Inte minst eftersom den nationella folkhälsopolitiken inte är direkt styrande för kommuner, landsting och regioner. Av samma skäl som anges i avsnitt 3.3.1 blir det dock problematiskt såväl ur ett mer generellt folkhälsopolitiskt, som ur ett jämlik-hälsa perspektiv med ett för snävt och ensidigt fokus över en längre tid endast på ett begränsat antal av folkhälsopolitikens målområden.

³ I de frågor som ställdes om folkhälsopolitikens målområden i enkätundersökningarna, specificeras målområde 11 som ”Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel”. Av fritextsvaren framgår att insatser och stöd inom målområde 11 främst rör alkohol och tobak, i någon mån även narkotika. Dopning och spel ingår formellt i målområdet men vi har inte kunnat se något större fokus på aktiviteter inom dessa områden.

3.4 Genomslaget för jämlik hälsa som mål och prioritering varierar

Mot bakgrund av att nuvarande regering i regeringsförklaringen 2014 aviserade som långsiktigt mål att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation ställde Kommissionen en fråga i sina enkäter om jämlik hälsa är en prioriterad fråga. Även här varierar genomslaget för det aktuella målet bland relevanta aktörer.

Myndigheter

Bland myndigheterna angav 5 av 40 myndigheter att jämlik hälsa i ”mycket stor utsträckning” är ett mål i myndighetens interna styrdokument, 9 myndigheter uppgav i ”ganska stor utsträckning” och 12 myndigheter i ”ganska liten utsträckning”. 11 myndigheter svarade ”inte alls” eller ”vet ej”. 17 myndigheter uppgav att de i någon utsträckning har gjort särskilda satsningar på jämlik hälsa under perioden 2011–2016 (här inkluderas alltså även de som satsat i liten utsträckning). Några myndigheter beskrev satsningar med mer generell koppling till folkhälsopolitiken eller något av dess målområden, men utan tydligt fokus på jämlik hälsa. Andra exempel som togs upp var satsningar med fokus på jämlik vård, arbete med frågor om tillgänglighet och delaktighet, hälsa för grupper i utsatta positioner och att myndigheten gör analyser med socioekonomiskt perspektiv. Några myndigheter uppgav att deras respektive verksamheter syftar till eller har jämlik hälsa som en utgångspunkt i målformuleringar i interna styrdokument.

Länsstyrelser

Bland länsstyrelserna uppgav endast 1 av 21 länsstyrelser att jämlik hälsa är ett mål i deras interna dokument i ”mycket stor utsträckning” och 3 länsstyrelser att jämlik hälsa är ett mål i ”ganska stor utsträckning”. 15 länsstyrelser svarade att jämlik hälsa är ett mål i ”ganska liten utsträckning” samt 2 ”vet ej”. 13 länsstyrelser angav att de har gjort särskilda satsningar med fokus på jämlik hälsa under perioden 2011–2016. I de fritextsvar där vissa av länsstyrelserna beskriver vad dessa satsningar har fokuserat på beskrivs

dock i många fall mer generella satsningar med koppling till folkhälsa och folkhälsans målområden, snarare än insatser med huvudfokus på jämlik hälsa.

Kommuner, landsting och regioner

Kommuner, landsting och regioner fick en mer generell fråga om jämlik hälsa är ett mål eller en prioriterad fråga i kommunen respektive i landstinget eller regionen och om några strategiska satsningar på jämlik hälsa har gjorts på övergripande eller policynivå. Bland *kommunerna* uppgav 92 procent att jämlik hälsa i någon utsträckning är ett mål eller en prioriterad fråga (i ”mycket stor”, ”ganska stor” eller ”ganska liten utsträckning”). Av dessa kommuner uppgav 64 procent att de har gjort strategiska satsningar på jämlik hälsa på övergripande eller policynivå. Som exempel på strategiska satsningar beskrev många kommuner att de har kommunövergripande strategier eller handlingsplaner för folkhälsa och hållbarhet. Några nämnde att de arbetar med någon form av sociala investeringsfonder. Hos flera kommuner finns jämlik hälsa med som mål eller prioriterat område i kommunens folkhälsopolicy. Bland de exempel som kommunerna gav fanns även specifika satsningar inom vissa områden (främst ANDT, barns och ungas uppväxtvillkor och psykisk ohälsa hos unga), samt satsningar riktade till grupper i särskilt utsatta positioner.

Samtliga *landsting och regioner* uppgav att jämlik hälsa i någon utsträckning är ett mål eller en prioriterad fråga. Vidare uppgav 90 procent att de har gjort strategiska satsningar på jämlik hälsa på mer övergripande eller policynivå. Som exempel på strategiska satsningar nämnde flera landsting att minskade skillnader i hälsa eller jämlik hälsa är mål eller prioritering i deras folkhälsopolitiska strategi, regionala utvecklingsstrategi eller motsvarande. I några fall angavs att det finns en läns gemensam folkhälsopolicy framtagna tillsammans med kommuner och andra regionala aktörer samt samverkansavtal med länets kommuner kring folkhälsa. Specifika insatser som tas upp är bl.a. satsningar på jämställd och jämlik vård, hälsosamtal samt annat hälsofrämjande arbete med inriktning mot t.ex. levnadsvanor och psykisk hälsa.

Sammanfattningsvis ser vi samma mönster i svaren kring frågorna om jämlik hälsa som kring det övergripande folkhälsopolitiska målet och målområdena. Kommuner och landsting och regioner, i synnerhet de senare, uppger att de prioriterar jämlik hälsa i relativt stor utsträckning, medan de nationella myndigheterna och länsstyrelserna gör det i betydligt lägre grad. Att länsstyrelserna lyfter frågan om jämlik hälsa i så pass liten utsträckning är särskilt anmärkningsvärt eftersom de, till skillnad från merparten av myndigheterna på nationell nivå, har ett uttalat uppdrag att arbeta med folkhälsa och därmed med regeringens prioritering av jämlik hälsa. Om målet att sluta hälsoskillnaderna inom en generation ska kunna nås är det helt centralt att jämlik hälsa blir en fråga som prioriteras högre och av fler aktörer än i dag.

3.5 Bristande eller otydliga uppdrag och behov av mer stöd till relevanta aktörer

Kommissionens bedömning är att det snäva fokus på ett begränsat antal målområden, som insatser i praktiken har kommit att utgå från, har bidragit till att många relevanta aktörer på såväl nationell, som lokal och regional nivå inte har en uttalad roll, eller ser sin roll, i arbetet gentemot det övergripande folkhälsopolitiska målet. Allt för få myndigheter har i sin instruktion – eller anser sig själva ha – en tydlig roll i relation till det folkhälsopolitiska målet och dess målområden. Även andra aktörer saknar tydliga uppdrag att arbeta med folkhälsa och jämlik hälsa och det råder brist på strukturer för samverkan mellan olika sektorer och mellan den nationella, lokala och regionala nivån.

3.5.1 Endast 2 av 40 myndigheter med betydelse för en god och jämlik hälsa har uttalade uppdrag om detta i sina instruktioner

I den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 identifierades cirka 50 myndigheter som särskilt relevanta för folkhälsopolitiken. Kommissionen har identifierat 40 myndigheter, utöver Folkhälso-

myndigheten och länsstyrelserna⁴, som särskilt relevanta utifrån att de har verksamhet med påverkan på hälsans bestämningsfaktorer inom de livsområden som vi har identifierat som centrala för en god och jämlik hälsa.

Under åren 2004–2006 hade 22 myndigheter och samtliga länsstyrelser i uppdrag att redovisa kopplingen mellan den egna verksamheten och folkhälsoarbetet. Myndigheterna skulle identifiera sin roll inom folkhälsoområdet och redogöra för nuvarande och planerade insatser för att nå det övergripande målet för folkhälsoarbetet och inom de 11 målområdena. De hade även i uppdrag att ange hur uppföljningen av insatserna skulle se ut (skr. 2005/06:205). I den aktuella skrivelsen konstaterades att ”Regeringens bedömning är att metoden att involvera en bred grupp av myndigheter i arbetet med folkhälsofrågor bör utvecklas vidare” (Ibid., s. 192). Skrivelsen drogs dock tillbaka av den regering som tillträdde 2006, innan den hade behandlats av riksdagen, och detta arbete med myndigheterna kom aldrig att tas vidare. I samband med framtagandet av den folkhälsopolitiska rapporten 2010 hade ett antal myndigheter särskilda uppdrag att rapportera in underlag till Statens folkhälsoinstitut. Den aktiva medverkan av en bredd av myndigheter har gradvis kommit att minska under åren.

Det främsta styrinstrumentet för myndigheter är, utöver myndighetsförordningen (SFS 2007:515) som gäller alla myndigheter, deras instruktion. Vid en genomgång av de 40 myndigheternas instruktioner var det endast två myndigheter, utöver Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna, som hade en skrivning relaterad uttryckligen till *hälsa* eller *folkhälsa*.⁵ Som jämförelse kan här nämnas att 88 av 199, dvs. 44 procent av alla myndigheter har skrivningar om ett jämställdhetsperspektiv i sina instruktioner (SOU 2015:86).

I Kommissionens enkät uppgav 14 av 37 svarande myndigheter att de har haft regeringsuppdrag inom folkhälsopolitiken under perioden 2011–2016. I de fall uppdragen beskrivs kan det dock i

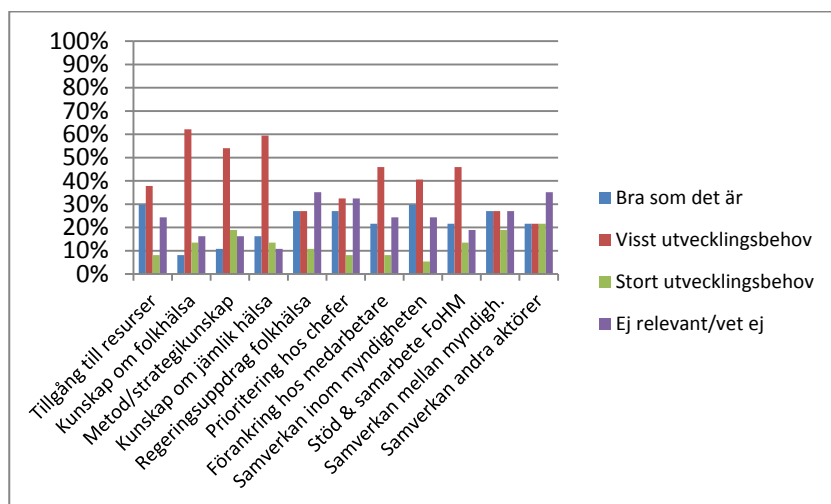
⁴ Flera av de 50 myndigheter som pekades ut i propositionen 2003 har slagits ihop. För en lista över de myndigheter vars verksamhet Kommissionen har bedömt som särskilt relevanta för en god och jämlik hälsa, se bilaga 2.

⁵ I Naturvårdsverkets instruktion nämns inte folkhälsa eller hälsa uttryckligen men att myndigheten ska verka för att miljöarbetets generationsmål nås (och i generationsmålet finns strecksatser om hälsa).

flera fall konstateras att uppdragen förvisso har bäring på folkhälsa, men att de inte har getts inom ramen för folkhälsopolitiken.

En fråga ställdes också om vilka av ett antal aspekter rörande myndighetens arbete som fungerar bra och vilka som skulle behöva utvecklas för att myndigheten på bästa sätt ska kunna bidra till att uppfylla målet för folkhälsopolitiken och bidra till en god och jämlik hälsa, se Figur 3.2 nedan.

Figur 3.2 Utvecklingsbehov hos myndigheter



Källa: Kommissionen för jämlik hälsa 2016. n=37.

De områden som flest myndigheter ansåg vara i behov av utveckling var:

- Kunskap om folkhälsan och dess bestämningsfaktorer och hur myndighetens arbete relaterar till dessa.* Fem myndigheter uppgav att det fanns ett stort behov av utveckling och 23 att det fanns ett visst behov av utveckling.
- Kunskap om metoder och strategier på folkhälsoområdet.* Sju myndigheter ansåg att det fanns ett stort behov av utveckling och 20 att det fanns ett visst behov av utveckling.
- Kunskap om jämlik hälsa.* Fem myndigheter uppgav att det fanns ett stort behov av utveckling och 22 att det fanns ett visst behov av utveckling.

De områden som flest myndigheter (11 av 37) uppgav fungerar bra var tillgång till resurser samt samverkan inom den egna myndigheten. 10 av 37 myndigheter ansåg att regeringsuppdrag inom folkhälsa/jämlik hälsa, prioritering hos chefer och samverkan mellan myndigheter är områden som fungerar bra.

Sammanfattningsvis tyder den samlade analysen av myndigheterna på ett stort behov av ett ”omtag” vad gäller klagörandet av varje relevant myndighets ansvar och roll i förhållande till folkhälsopolitiken. Det behövs såväl konkreta uppdrag som kunskaper om folkhälsa och jämlik hälsa. Enligt Kommissionens bedömning står det helt klart att ett arbete med att ge varje relevant myndighet uttalade uppdrag att, där så är relevant, bidra till en god och jämlik hälsa är centralt för att kunna nå det övergripande målet för folkhälsopolitiken. Detta kan innefatta uppdrag att integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv i myndigheternas arbete, liksom uppdrag kring konkreta insatser inom respektive myndighets område, samt även att bidra till statistikutveckling och uppföljning. I tillägg till tydliga uppdrag är det viktigt att myndigheterna får stöd i arbetet. Här bör Folkhälsomyndigheten kunna spela en mer aktiv och samordnande roll än i dag.

3.5.2 Länsstyrelsernas roll i folkhälsopolitiken är inte tillräckligt tydlig

Fokus främst på ANDT

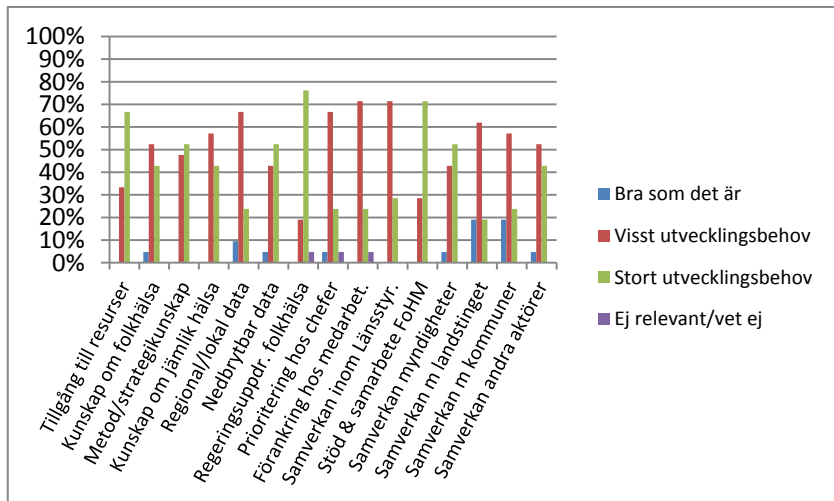
När det gäller länsstyrelsernas folkhälsoarbete har, som beskrivits ovan, mest fokus lagts på arbetet med ANDT-frågor, för vilket de även har ett särskilt samordningsansvar (se vidare avsnitt 2.5.2). Föräldrastödsfrågor är ett annat område som länsstyrelserna har arbetat med. På ANDT-området finns det en särskild samordningsfunktion, vilket det i många fall enligt länsstyrelsernas enkät svar inte finns för folkhälsofrågor mer generellt. Ansvaret för folkhälsa beskrivs ibland ligga på ANDT-samordningsfunktionen och ibland tillsammans med ansvaret för andra tvärssektoriella frågor såsom jämställdhet, integration och mänskliga rättigheter. Flera länsstyrelser anger att det är svårt att uppskatta omfattningen av folkhälsoarbetet.

Länsstyrelserna beskrev i sina enkätsvar att deras arbete på folkhälsoområdet (då alltså i första hand med ANDT-frågor) består av bl.a. stöd till kommuner, landsting och regioner genom olika typer av samordningsinsatser, strategi- och planarbete, utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser, ekonomiska bidrag och kunskaps- och erfarenhetsutbyten m.m. Många har också beskrivit ett internt arbete med att integrera ett folkhälsoperspektiv i länsstyrelsernas andra verksamheter i enlighet med instruktionen (5 § art. 6). Länsstyrelsernas uppgav att deras främsta samarbetspartners är landsting och regioner samt länets kommuner. Flera uppgav också att de samarbetar med olika civilsamhällesorganisationer. Andra samarbetspartners är universitet, högskolor och näringsliv samt vissa myndigheter, som t.ex. Polisen. Vilken aktör som enligt länsstyrelserna har en ledande roll i arbetet med folkhälsa i respektive län skiljer sig åt mellan olika län. I några fall är det Länsstyrelsen och i andra fall landstinget eller regionen.

Utvecklingsbehov enligt länsstyrelserna själva

Liksom till de nationella myndigheterna ställde Kommissionen i enkäten till länsstyrelserna frågan om vilka av ett antal aspekter rörande deras arbete som fungerar bra och vilka som skulle behöva utvecklas för att Länsstyrelsen på bästa sätt ska kunna bidra till att uppfylla målen för folkhälsopolitiken och till en jämlik hälsa. Medan myndigheterna på nationell nivå tyckte att flera saker fungerar bra som det är svarade länsstyrelserna att de flesta aspekterna är i behov av utveckling (se Figur 3.3 nedan). Huruvida detta skulle vara ett tecken på att det finns ett större utvecklingsbehov bland länsstyrelserna än bland myndigheterna är det svårt att dra några slutsatser kring. En möjlighet är att behovet uppfattas som större då länsstyrelserna har ett uttalat folkhälsouppdrag och arbetar mer aktivt med frågan medan flera av de myndigheter som besvarade enkäten inte ser behovet av en tydligare koppling mellan folkhälsopolitiken och det egna området genom t.ex. regeringsuppdrag.

Figur 3.3 Utvecklingsbehov hos Länsstyrelsen



Källa: Kommissionen för jämlik hälsa 2016. n=21.

Bland de områden där länsstyrelserna menade att det finns ett stort behov av utveckling listades följande högst:

- Uppdrag från regeringen som rör folkhälsa och/eller jämlik hälsa.* 16 av 21 länsstyrelser menade att det finns ett stort behov av utveckling och fyra att det finns ett visst behov.
- Stöd från och samarbete med Folkhälsomyndigheten vad gäller kunskap om folkhälsan, dess bestämningsfaktorer och om metoder och strategier på folkhälsoområdet.* 15 länsstyrelser uppgav att det finns ett stort behov av utveckling och sex att det finns ett visst behov.
- Tillgång till resurser avseende ekonomi och personal.* 14 länsstyrelser uppgav att det finns ett stort behov av utveckling och sju länsstyrelser att det finns ett visst behov av utveckling på dessa områden.

Ingen av länsstyrelserna angav att dessa områden fungerar bra som de är, eller att de inte är relevanta. Vidare ansåg samtliga länsstyrelser att det finns stort eller visst behov av utveckling även inom följande områden: kunskap om jämlik hälsa, kunskap om

metoder och strategier på folkhälsoområdet, samt samverkan inom Länsstyrelsen.

Flera av länsstyrelserna lyfte även fram i sina fritextsvar att de med ett tydligare regeringsuppdrag skulle kunna uträtta mer på folkhälsoområdet, inte minst när det gäller jämlik hälsa. Här finns det alltså statliga aktörer i varje län med ett uttalat uppdrag att verka för att folkhälsopolitiken ska få genomslag, men vars praktiska arbete på folkhälsoområdet ser olika ut.

Länsstyrelsernas stöd till och samarbete med kommuner, landsting och regioner

168 *kommuner* (67 procent av de svarande) uppgav i Kommissionens enkäter att de har fått stöd i folkhälsoarbetet från Länsstyrelsen. Av dessa har 158 kommuner också beskrivit stödet i fritext.

Länsstyrelsens stöd till kommuner har framför allt rört ANDT. Vidare uppgav flera att de har fått stöd gällande arbetet med föräldrastöd, mot våld i nära relationer, jämställdhet och integration. Ett mindre antal uppgav att de har fått stöd även inom andra områden, såsom miljöer och produkter, samhällsplanering, suicidprevention, nationell samverkan med Länsstyrelsen utifrån barnkonventionen samt ekonomisk utsatthet bland barn. Överlag uttryckte kommunerna att de var nöjda med stödet inom ANDT-området och att stödet i hög utsträckning motsvarar förväntningarna. Konkret beskrevs att stödet har bestått av exempelvis kunskapsstöd, statistik, utbildning/fortbildning, samordning av kampanjer och aktiviteter samt visst ekonomiskt stöd. Vidare beskrevs att länsstyrelserna anordnar olika nätverk i länen, särskilt inom ANDT-området. Några har då lyft fram nätverkens betydelse, särskilt för mindre kommuner, som forum för kontakter och kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan tjänstemän (t.ex. ANDT-samordnare) som arbetar med samma frågor i olika kommuner, men ofta är ensamma med frågan i sin kommun.

När kommunerna har uttryckt behov av utveckling gällde det främst mer övergripande stöd inom folkhälsoområdet. En del kommuner uttryckte en önskan om att Länsstyrelsen skulle stödja och samordna ett bredare folkhälsoarbete i länet, med ett mer intersektoriellt perspektiv. Andra exempel på önskemål var upprättande av lokala nätverk för folkhälsofrågor och stöd i att lyfta

folkhälsofrågorna på den kommunala agendan. Det har också lyfts som önskvärt att Länsstyrelsen blir en naturlig samarbetspartner på fler av folkhälsopolitikens målområden. Några har också påpekat att stödet från Länsstyrelsen hade behövt kompletteras med stöd från andra regionala aktörer, t.ex. landstinget.

Bland *landstingen och regionerna* uppgav 15 i sina enkätsvar att de har fått stöd av Länsstyrelsen i arbetet med folkhälsa. I likhet med kommunerna har Länsstyrelsens stöd till landsting och regioner främst rört ANDT och föräldrastöd, samt i några fall integration, våld i nära relationer och jämställdhet. Stödet beskrivs oftast ha bestått i att Länsstyrelsen samordnar arbetet inom dessa områden, ordnar utbildningar och nätverk, och tillhandahåller ekonomiskt stöd. Flera landsting och regioner nämner också samarbete kring exempelvis länsgemensamma strategier – främst på ANDT-området. De fem landsting och regioner som uttryckte något i frågan svarade alla att stödet har motsvarat behovet inom dessa områden. Ett landsting påpekade dock att Länsstyrelsen ”kommer och går” i det samlade folkhälsoarbetet.

Sammanfattningsvis bedömer Kommissionen mot denna bakgrund det som viktigt att klargöra länsstyrelsernas roll inom ramen för folkhälsopolitiken och att länsstyrelserna ges adekvat stöd i sitt arbete. En viktig aspekt är att klargöra länsstyrelsernas ansvar för att arbeta med alla målområden inom folkhälsopolitiken. Vidare menar vi att det är viktigt att klargöra hur länsstyrelsernas roll bör förhålla sig både till den nationella nivån och i förhållande till kommunerna, landstingens och regionernas ansvar och uppdrag.

3.5.3 Många kommuner, landsting och regioner arbetar aktivt med folkhälsa, men fler behöver involveras och det behövs mer stöd i arbetet

Många bedriver ett aktivt arbete med stöd i den nationella folkhälsopolitiken

Kommuner, landsting och regioner har ansvar för ett stort antal av de verksamheter som påverkar de livsområden som Kommissionen har pekat ut som särskilt viktiga för en god och jämlik hälsa. Många bedriver också ett aktivt folkhälsoarbete utifrån lokala förutsättningar, behov och prioriteringar. I en medlemsundersökning genomförd av SKL hösten 2014 svarade 193 av de 238 deltagande

kommunerna bland Sveriges samtliga 290, att de hade en folkhälso-policy/strategi eller motsvarande. Bland landstingen och regionerna svarade 15 av 18 landsting och regioner av Sveriges samtliga 20 att de hade en folkhälso-policy/strategi eller motsvarande (SKL 2015). Ett antal kommuner och regioner har redan innan det tillsattes en nationell kommission för jämlik hälsa tagit initiativ till egna lokala och regionala kommissioner (se vidare SOU 2016:55).

Som har redovisats ovan uppgav ungefär två tredjedelar av de kommuner, landsting och regioner som har svarat på Kommissionens enkäter att de har varit hjälpta av den nationella folkhälso-politiken och att de i sitt arbete relaterar till det övergripande målet för folkhälso-politiken.

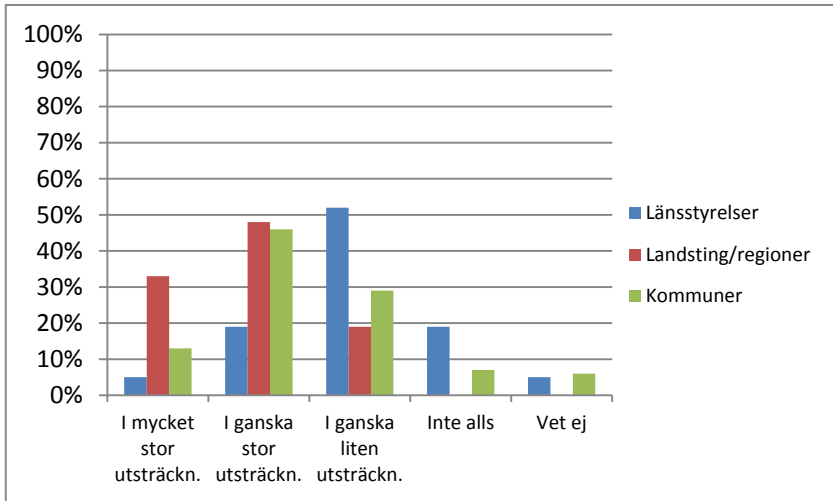
Trots att den nationella folkhälso-politiken inte är direkt styrande för det lokala och regionala folkhälsoarbetet används den alltså i relativt hög utsträckning som ett stöd i kommuner, landsting och regioner och jämlik hälsa prioriteras i av relativt många.

Som har diskuterats tidigare är ett tvärsektorielt arbete på en bredd av områden med fokus på jämlikhet en viktig förutsättning för att nå framgång i folkhälsoarbetet. 68 procent (drygt 170 kommuner) har i Kommissionens enkäter svarat att de i mycket eller ganska stor utsträckning arbetar tvärsektorielt, samt beskrivit arbetet i fritextsvar. Stora variationer förekommer dock. Många kommuner har folkhälso-råd, men sammansättningen i dessa skiljer sig. Hos flera är kommunledning och tjänstemän i chefsposition med i rådet och det finns mandat att ta beslut om insatser och budget. Andra beskriver att arbetsgrupper finns men att dessa saknar mandat och resurser. Vissa har framför allt hälso- och sjukvårdsfokus, medan andra beskriver ett utåtriktat arbete av t.ex. folkhälsostrategier som informerar, genomför kampanjer etc. gentemot externa aktörer.

En majoritet arbetar på ett samlat sätt med uppföljning, men analys av ojämlikhet behöver möjliggöras

I Kommissionens enkäter ställdes frågor till kommuner, landsting och regioner om de följer upp folkhälsan och dess bestämningsfaktorer på ett samlat sätt med indikatorer. Till dem som svarade att de gjorde det i någon utsträckning ställdes frågan om indikatorerna kunde brytas ner efter t.ex. kön eller socioekonomiska faktorer. Svaren redovisas i figur 3.4 och 3.5.

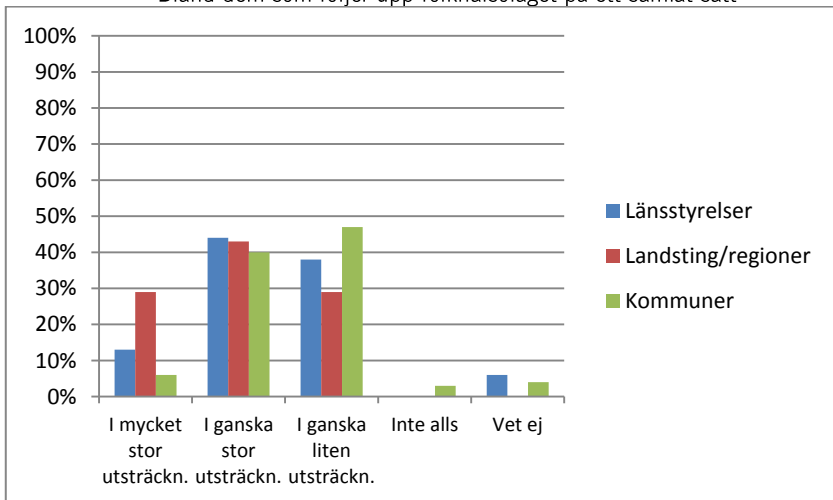
Figur 3.4 Samlad uppföljning av folkhälsoläget med indikatorer



Källa: Kommissionen för jämlik hälsa 2016. Länsstyrelser n=21, landsting/regioner n=21, kommuner n=252.

Figur 3.5 Uppföljning av folkhälsoläget med nedbrytbara indikatorer

Bland dem som följer upp folkhälsoläget på ett samlat sätt



Källa: Kommissionen för jämlik hälsa 2016. Länsstyrelser n=21, landsting/regioner n=21, kommuner n=222.

Av figur 3.4 framgår att landsting och regioner är de som i högst grad uppger att de följer upp folkhälsoläget på ett samlat sätt med indikatorer. 81 procent, motsvarande 17 stycken gör det i mycket stor eller ganska stor utsträckning. Motsvarande andel bland kommunerna är 59 procent och bland länsstyrelserna 24 procent (fem stycken). Bland de kommuner, landsting och regioner samt länsstyrelser som uppgav att de i någon utsträckning följer upp folkhälsoläget på ett samlat sätt, kan de indikatorer som används också brytas ned efter t.ex. kön eller socioekonomiska faktorer i mycket stor eller ganska stor utsträckning hos 72 procent av landstingen och regionerna, hos 46 procent av kommunerna och hos 57 procent av länsstyrelserna (se Figur 3.5.).

Fler kommuner, landsting och regioner behöver bedriva ett aktivt och organiserat arbete för en god och jämlik hälsa

En majoritet av kommunerna, landstingen och regionerna bedriver enligt Kommissionens enkätundersökningar och SKL:s ovan nämnda undersökning ett aktivt folkhälsoarbete som anknyter till den nationella folkhälsopolitiken. Samtidigt bör det uppmärksammas att 45 kommuner i SKL:s undersökning uppgav att de saknar folkhälsoplan/folkhälsopolicy och att 52 kommuner inte besvarade densamma.

Av de 253 kommuner som har besvarat Kommissionens enkät uppgav 81 att de i ganska liten utsträckning eller inte alls varit hjälpta av den nationella folkhälsopolitiken, eller att de saknar kännedom i frågan. 37 kommuner besvarade inte Kommissionens enkät. Bland dessa svarade flera när de kontaktades av Kommissionen att det saknas en funktion med folkhälsoansvar.

Detta betyder naturligtvis inte per se att det i dessa kommuner inte bedrivs ett aktivt folkhälsoarbete, men det faktum att det exempelvis saknas funktion med folkhälsoansvar och folkhälsoplaner eller policyer i flera kommuner bidrar sannolikt till att frågor om god och jämlik hälsa inte prioriteras och att genomslaget för den nationella politiken begränsas.

När det gäller landstingen och regionerna saknade tre en folkhälsopolicy/strategi eller motsvarande enligt SKL:s undersökning, medan tre inte besvarat densamma. I Kommissionens enkät uppgav

sex landsting och regioner att den nationella folkhälsopolitiken har underlättat deras folkhälsoarbete i ganska liten utsträckning.

Kommissionen bedömer att det är av största vikt att alla relevanta aktörer på såväl nationell som regional och lokal nivå tar ett ansvar för arbetet med en god och jämlik hälsa. Ett sätt att förtydliga kommuner, landsting och regioners ansvar på området som har diskuterats tidigare är en folkhälsolag. Som nämns i avsnitt 2.4.1 lade den Nationella folkhälsokommittén ett förslag om att kommunernas och landstingens ansvar och uppgifter på folkhälsoområdet skulle regleras i en särskild folkhälsolag. Förslaget tog sin utgångspunkt i dessa aktörers centrala roll för att påverka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa. Förslaget innebar att kommuner och landsting skulle ha ansvar för att främja folkhälsan, samt att varje kommun och landsting skulle utarbeta en folkhälsoplan med planerade åtaganden för att uppnå en bättre folkhälsa. Folkhälsoplanerna skulle beslutas av kommunfullmäktige respektive landstingsfullmäktige. Förslaget inkluderade också ett uppföljningsförfarande där kommuner och landsting på begäran av myndighet skulle lämna uppgifter om fullgörandet av kommunens och landstingets uppgifter enligt lagen (SOU 2000:91).

I den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 gjorde regeringen bedömningen att det fanns starka skäl både för och emot en folkhälsolag, men att de skäl som talade emot en folkhälsolag vägde tyngre. Skälen som angavs var att lagfästa krav på folkhälsoplaner skulle kunna äventyra den önskvärda inriktningen mot att folkhälsoarbetet integreras i reguljär verksamhet. För det andra hänvisades det till att kommuner och landsting redan bedrev ett för-tjänstfullt folkhälsoarbete och att de skulle fortsätta att utveckla detta. Det angavs även att Statens folkhälsoinstitut, tillsammans med berörda aktörer, hade i uppdrag att fungera som stöd för forskning, metodutveckling, erfarenhetsspridning och utvärdering. Vidare hänvisades till att lagstiftningsarbete på folkhälsoområdet i första hand borde gälla lagstiftning som mer direkt syftar till att främja hälsa och förebygga skador och sjukdomar. Därför föreslogs i stället en utredning med uppdrag att se över befintlig lagstiftning samt att överväga om det fanns behov av lagstöd för att reglera redovisningen till nationell nivå av folkhälsoarbetet som bedrivs lokalt och regionalt. Denna utredning kom dock aldrig till stånd.

Samtidigt som flera av dessa argument mot en folkhälsolag i viss utsträckning kan anses som relevanta även i dag konstaterar vi att arbetet inte överallt har utvecklats på det sätt som förutsågs i propositionen 2003. Som ovan nämnt finns det exempelvis fortfarande ett flertal kommuner och även vissa landsting och regioner som inte förefaller bedriva ett aktivt och organiserat folkhälsoarbete och det finns behov av mer stöd från Folkhälsomyndigheten.

Stöd till kommuner, landsting och regioner i folkhälsoarbetet

När det gäller stöd i folkhälsoarbetet har kommuner, landsting och regioner fått frågor om stöd från Folkhälsomyndigheten, länsstyrelserna och för kommunernas del även från landstingen. Stöd uppges i enkätsvaren ha erhållits enligt följande:

Tabell 3.1 Stöd i folkhälsoarbetet

	Kommuner	Landsting/regioner
Stöd från Folkhälsomyndigheten	42 %	81 %
Stöd från Länsstyrelsen	67 %	71 %
Stöd från landsting/region	82 %	-

Källa: Kommissionen för jämlik hälsa 2016. Landsting/regioner n=21, kommuner n=252.

Områdesmässigt har stöd från samtliga aktörer varit vanligast när det gäller ANDT, barns och ungas uppväxtvillkor och det övergripande folkhälsomålet samt det långsiktiga målet om jämlik hälsa. En avvikelse från detta är att det viktigaste stödet från Folkhälsomyndigheten till landstingen och regionerna har gått till sexualitet och reproduktiv hälsa samt skydd mot smittspridning.

Stödet till kommuner, landsting och regioner från Folkhälsomyndigheten respektive Länsstyrelsen behandlas vidare under avsnitt 3.6 respektive 2.5.2.

Kommunerna har även fått frågor om stödet från landstinget eller regionen. Många kommuner uppgav i sina enkätsvar att de har fått stöd från landsting och regioner i genomförande, bearbetning och analys av olika enkätundersökningar om befolkningens hälsa (t.ex. Hälsa på lika villkor, CAN:s undersökningar och ungdomsenkäten Lupp). Detta stöd beskrevs som mycket uppskattat. Flera kommuner har beskrivit att de saknar egna statistiker och att analys- och

metodstödet därför är en förutsättning för detta arbete ska kunna bedrivas. I många landsting och regioner finns länsgemensamma folkhälsoplaner och folkhälsoavtal där landstingen eller regionerna ofta finansierar hela eller delar av tjänster som folkhälsostrategier/samordnare i kommunerna samt även olika projekt. Exempel på projekt som nämndes har i allmänhet fokus på levnadsvanor – ANDT, matvanor och fysisk aktivitet. Andra områden har varit sexuell hälsa, att förebygga psykisk ohälsa, förbättra skolresultat och föräldrastöd. Vidare beskrevs också hur kommuner och landsting samverkar i folkhälsoråd. Nätverk för verksamma inom folkhälsa (politiker och tjänstemän), konferenser, utbildning och kunskapsstöd nämndes som andra uppskattade delar i stödet.

Överlag vittnar många kommuner om ett gott samarbete med landstingen och regionerna, och att stödet från den regionala nivån är en förutsättning för det lokala folkhälsoarbetet. Några har efterlyst ett bättre samarbete mellan olika aktörer på regional nivå (region, landsting, länsstyrelse) och saknar en tydligt integrerad folkhälsostrategi i regionen. Projektbaserat arbete har beskrivits kunna leda till bristande kontinuitet och kortsiktighet när finansiering av projekt eller tjänster upphör. Några har uttryckt missnöje med redan genomförda nedskärningar av detta slag, där finansiering av tjänster och nätverk dragits in.

Behov av ytterligare stöd

Kommuner, landsting och regioner har genomgående i såväl Kommissionens enkätundersökningar som i den breda dialog som vi har fört med relevanta aktörer uttryckt behov av ytterligare stöd i sitt arbete. I enkäterna där de svarande gavs möjlighet att ge allmänna medskick till Kommissionen finns det ett antal frågor som har tagits upp av flera svarande. Det uttrycks att det finns behov av:

- Samordning av insatser från myndigheter/den nationella nivån och att denna roll borde tas av Folkhälsomyndigheten. Vidare sägs att tvärsektorielt arbete mellan departement bör främjas och att stuprörstänkande bör undvikas.
- Att samla kunskapsstöd centralt, som inkluderar ett lokalt och regionalt perspektiv (kring statistik, metoder, riktlinjer, mallar för uppföljning m.m.) och att göra goda exempel tillgängliga. Detta

gäller både folkhälsoarbete generellt och med fokus på jämlik hälsa. Det finns även ett behov av material som kan kommuniceras till och användas av kommunala tjänstemän och politiker som inte har ansvar eller utbildning specifikt inom folkhälsa.

- Nationella riktlinjer och stöd för hur folkhälsoarbetet bör bedrivas i kommuner och för uppföljning som möjliggör jämförelser över tid och mellan kommuner. Det behövs ett helhetsgrepp för att identifiera verksamhetsnära och nedbrytbara indikatorer och data som gör det möjligt att följa jämlik hälsa i kommuner.
- Kunskapsbaserat stöd inom *alla* målområden för att bedriva praktiskt folkhälsoarbete på lokal och regional nivå.
- Särskilt stöd till mindre kommuner; stöd anpassat till det kommunala uppdraget och som tar hänsyn till att olika förutsättningar råder i olika kommuner och att behoven varierar.
- Råd om vad som bör prioriteras när resurserna är små.

Det bör i sammanhanget nämnas att behovet av stöd i folkhälsoarbetet på den lokala och regionala nivån inte är en ny fråga utan har uppmärksammats vid flera tillfällen tidigare. Liknande behov av stöd har framförts t.ex. när det gäller nationellt samlade data som beskriver bestämningsfaktorernas utveckling på lokal nivå, tydligare mål för folkhälsoarbetet och bättre styr- och ledningssystem på olika nivåer (Statens folkhälsoinstitut 2013). Går vi ännu längre tillbaka i tiden finner vi liknande beskrivningar vad gäller behov av stöd i de folkhälsopolitiska rapporterna från 2005 respektive 2010 (Statens folkhälsoinstitut 2005 resp. 2010).

Sammanfattningsvis ser Kommissionen mycket positivt på det arbete för en god och jämlik hälsa som bedrivs i många kommuner, landsting och regioner och att den nationella folkhälsopolitiken används i så hög utsträckning som ett stöd i det lokala och regionala folkhälsoarbetet. Vi har i vårt arbete sett flera goda exempel på ett strategiskt och långsiktigt arbete. Kommissionens enkäter ger dock inte underlag för att bedöma kvaliteten i eller resultatet av arbetet.

När det gäller utvecklingsområden på kommunal och regional nivå finns det naturligtvis flera olika sådana. De ser också olika ut mellan kommuner, landsting och regioner, men två övergripande punkter som Kommissionen bedömer bör lyftas fram är:

- Behovet att involvera de kommuner och landsting som inte förefaller så aktiva i folkhälsoarbetet. Ett aktivt och strategiskt arbete i alla kommuner, landsting och regioner är en förutsättning för att kunna uppnå en god och jämlik hälsa. Kommissionen menar därför att det bör vara en prioriterad fråga att hitta sätt att få alla kommuner, landsting och regioner mer aktiva i arbetet.
- Ytterligare behov av stöd, inte minst från den nationella nivån, framför allt med kunskap av olika slag och samordning. Detta är något som Kommissionen menar bör utvecklas utifrån de behov som kommuner, landsting och regioner uttrycker.

3.6 Folkhälsomyndighetens uppdrag behöver förtydligas och stärkas när det gäller stöd och samordning

Folkhälsomyndighetens huvuduppgift är enligt myndighetens instruktion att verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta samt genom kunskapsuppbyggnad och kunskapspridning främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Utöver detta har Folkhälsomyndigheten omfattande författningsmässiga uppgifter vilka följer av bl.a. smittskydds-, alkohol- och tobakslagen.

Myndigheten som den ser ut i dag bildades den 1 januari 2014 då Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet slogs samman. Regeringens syfte med sammanslagningen var att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet. Förändringen var tänkt att ge ökade förutsättningar att angripa folkhälsofrågorna samlat och integrerat och utveckla formerna för ett kunskapsstöd som leder till att effektiva och verksamhetsnära metoder får praktiskt genomslag hos ansvariga huvudmän (prop. 2012/13:116, bet. 2012/13:SoU27, rskr. 2012/13:280).

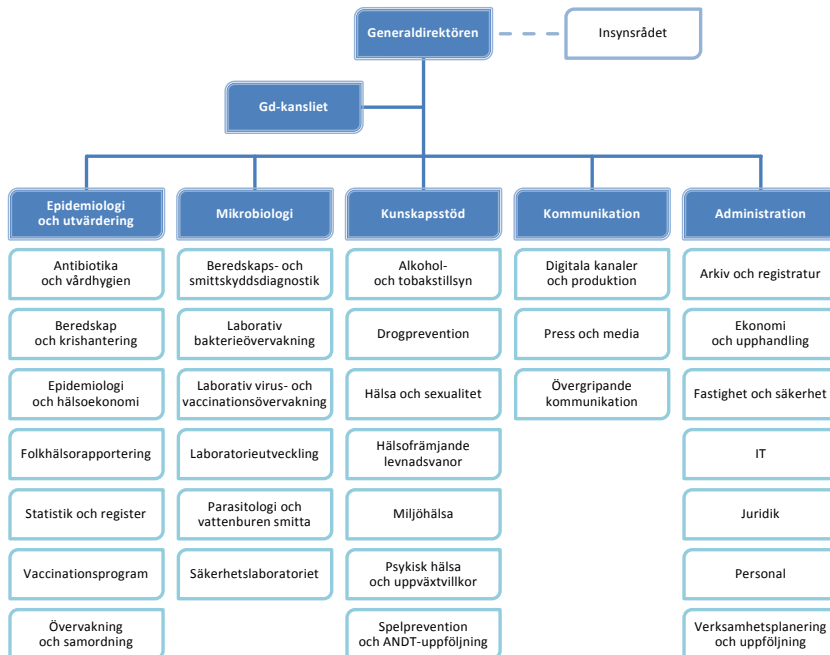
Såväl många enkätsvar som den dialog Kommissionen har haft med ett stort antal aktörer antyder att dessa ambitioner i olika avseenden inte uppnåtts. Många beskriver att Folkhälsomyndigheten i dag främst fokuserar på smittskyddsarbetet, och i betydligt lägre

utsträckning på folkhälsoarbete i övrigt. Många företrädare för kommuner, landsting, regioner och länsstyrelser uttalar ett behov av stöd utifrån det som ingår i Folkhälsomyndighetens generella uppdrag som de i dag inte anser sig få i den utsträckning de behöver.

Den breda ansatsen inom folkhälsopolitiken såsom den var tänkt ursprungligen är inte tydlig i Folkhälsomyndighetens instruktion. I dag uttalar t.ex. inte kopplingen till själva folkhälsopolitiken och dess övergripande mål i myndighetens instruktion. Den inledande paragrafen, i myndighetens instruktion (SFS 2013:1020), lägger i stället fast att "Folkhälsomyndigheten ska verka för god folkhälsa...". Den breda folkhälsopolitiken berörs, såväl i instruktionen som i praktiken, främst i myndighetens arbete med uppföljning där det föreskrivs att uppföljning ska göras av folkhälsan och folkhälsans bestämningsfaktorer med utgångspunkt i folkhälsopolitikens målområden. Här finns också en särskild enhet för folkhälsorapportering.

I samtal med företrädare för Folkhälsomyndigheten konstateras också att en majoritet av myndighetens resurser läggs på smittskyddsarbetet. Bakgrunden till detta är det omfattande statliga åtagandet på smittskyddsområdet som följer av smittskyddslagen. Myndigheten har dessutom sedan den bildades övertagit nya uppgifter och resurser inom smittskyddsområdet från Socialstyrelsen. Bland övriga målområden för folkhälsopolitiken ägnas mest resurser åt ANDT-arbete. Detta är i linje med de uppdrag myndigheten har fått under senare år och anslagstilldelningen för dessa, vilket även återspeglas i myndighetens organisationsstruktur (se Figur 3.6). Det kan exempelvis noteras att det utöver den enhet som arbetar med en sektorsövergripande folkhälsorapportering, varken finns någon övergripande avdelning eller enhet med fokus på folkhälsopolitiken som helhet eller enheter med fokus på de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa.

Figur 3.6 Organisationsschema Folkhälsomyndigheten

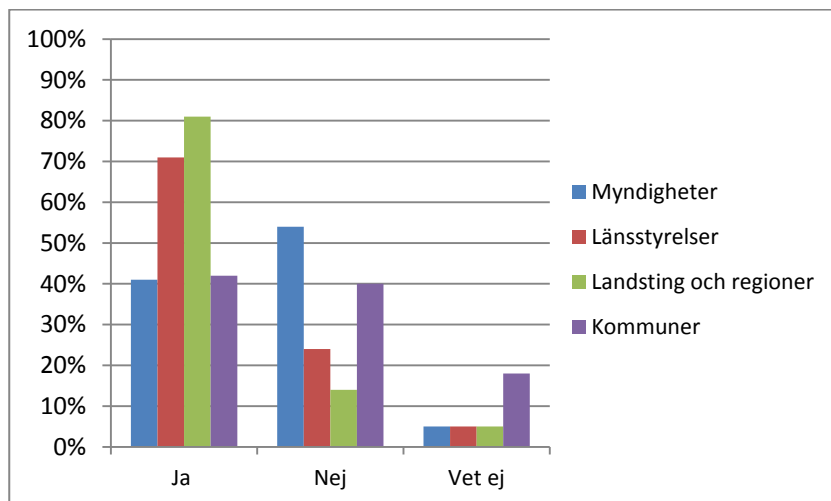


Källa: Folkhälsomyndighetens hemsida: www.folkhalsomyndigheten.se

Stöd från och samarbete med Folkhälsomyndigheten

I Kommissionens enkäter har vi ställt frågor om stöd från och samarbete med Folkhälsomyndigheten.

Figur 3.7 Andel som har fått stöd från Folkhälsomyndigheten

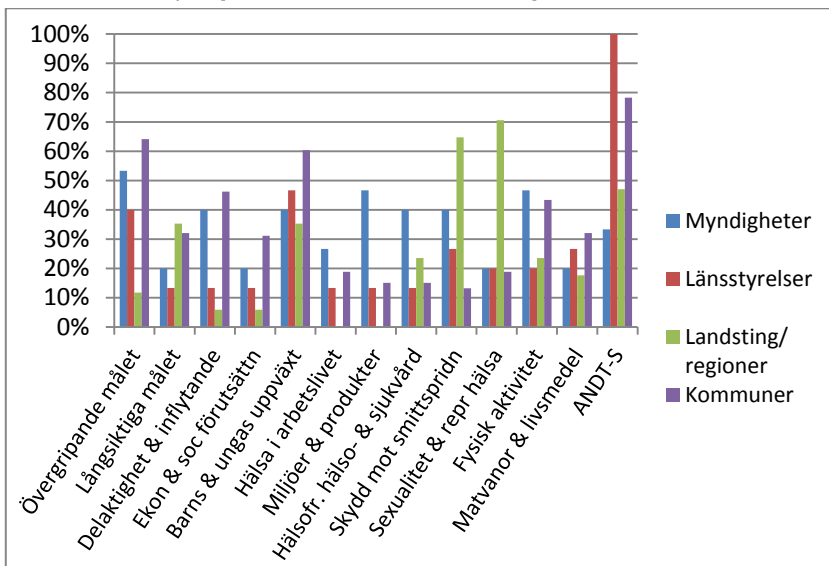


Källa: Kommissionen för jämlik hälsa 2016. Myndigheter n=37, länsstyrelser n=21, landsting/regioner n=21, kommuner n=251.

Av enkätsvaren framgår det att landsting och regioner (81 procent, vilket motsvarar 17 stycken) samt länsstyrelser (71 procent, motsvarar 15 stycken) är de som i störst utsträckning uppger att de fått stöd från Folkhälsomyndigheten (se Figur 3.7). Bland kommuner är andelen lägre, 42 procent av de som besvarat enkäten, liksom bland myndigheter där 41 procent (15 stycken) har fått stöd. Vad gäller kommuner observeras även en skillnad mellan större och mindre kommuner – bland de med 6 000 invånare eller färre uppger 28 procent att de fått stöd, medan samtliga kommuner med 200 000 invånare eller fler fått stöd.

Figur 3.8 Typ av stöd från Folkhälsomyndigheten

Bland de kommuner, landsting och regioner, länsstyrelser och myndigheter som fått stöd har stödet gått till:



Källa: Kommissionen för jämlik hälsa 2016. Myndigheter n=15, länsstyrelser n=15, landsting/regioner n=17, kommuner n=106.

Myndigheter

De 15 myndigheter (av 37 som besvarat enkäten) som har fått stöd från eller samarbetat med Folkhälsomyndigheten uppgav att det främst har rört det övergripande målet för folkhälsopolitiken (53 procent, vilket motsvarar åtta myndigheter), miljöer och produkter samt fysisk aktivitet (båda 47 procent, motsvarande sju myndigheter), se Figur 3.8. Samarbetet eller stödet har bl.a. handlat om specifika projekt samt även indirekt stöd genom att myndigheten har använt statistik eller kunskapsunderlag från Folkhälsomyndighetens hemsida. Åtta myndigheter uppgav i sina fritextsvar att de har haft ett gott samarbete, främst inom områden som smittskydd och miljö. I några fall togs olika sammanhang/forum upp där samverkan med Folkhälsomyndigheten sker. Bland annat Rådet för styrning med kunskap har nämnts som ett exempel där samverkan med Folkhälsomyndigheten fungerar väl.

Länsstyrelser

Av de 15 länsstyrelser som angav att de har samarbetat med eller fått stöd av Folkhälsomyndigheten är de främsta områdena: ANDT där samtliga har fått stöd eller samarbetat med Folkhälsomyndigheten, barns och ungas uppväxtvillkor där 47 procent (sju länsstyrelser) har fått stöd och det övergripande folkhälsopolitiska målet där 40 procent (sex länsstyrelser) har fått stöd. Fyra länsstyrelser eller färre har fått stöd inom övriga målområden. På frågan om i vilken utsträckning stödet från eller samarbetet med Folkhälsomyndigheten har motsvarat länsstyrelsens behov uttryckte flera att de har varit mer nöjda tidigare och att de upplever att stödet generellt har minskat. Vissa var nöjda med det stöd som ges i ANDT-frågorna i dag, medan andra menade att även detta stöd är otillräckligt. Flera tog också upp att stödet behöver utvecklas och omfatta alla målområden, samt att stödet behöver bli mer likvärdigt i omfattning för de olika målområdena.

Landsting och regioner

Av 21 landsting och regioner uppgav 17 att de har fått stöd från Folkhälsomyndigheten. De tre områden inom vilka flest har fått stöd är sexualitet och reproduktiv hälsa (71 procent, vilket motsvarar 12 landsting/regioner), skydd mot smittspridning (65 procent, motsvarande 11 landsting/regioner) samt ANDT (47 procent, motsvarande åtta landsting). 24 procent (fyra landsting/regioner) eller färre uppger att de har fått stöd inom övriga målområden. Av fritextsvaren framgår att Folkhälsomyndighetens stöd bland annat har bestått av ekonomiska bidrag för arbete med sexualitet och reproduktiv hälsa, samt inom ramen för den nationella hiv/aidsstrategin. Vissa uppgav att de använder statistik och kunskapsunderlag från myndighetens hemsida. Flera nämnde att de deltar i Mötesplats för social hållbarhet⁶ och att det är ett uppskattat nätverk. Överlag uttryckte annars inte landstingen och regionerna

⁶ Folkhälsomyndigheten och SKL ansvarar gemensamt för Mötesplats social hållbarhet. Mötesplatsen är ett forum med syfte att utveckla välfärden på ett socialt hållbart sätt och för att bidra till minskade hälsoskillnader genom kunskaps- och erfarenhetsutbyte. Mötesplatsens aktiviteter är öppna för förtroendevalda, tjänstemän och forskare inom kommun, landsting, stat, näringsliv och idéburen sektor. Mötesplatsen är också ett medlemsforum för kommuner och landsting.

att stödet från Folkhälsomyndigheten motsvarar de behov som finns. Några upplever att myndighetens uppdrag har förändrats och att fokus nu ligger mer på smittskydd än på övrig folkhälsa, samt att hälso- och sjukvård inte är ett prioriterat målområde.

Kommuner

De 106 kommuner som fått stöd från Folkhälsomyndigheten uppgav att stödet främst har rört följande områden: ANDT (78 procent), det övergripande målet (64 procent), barns och ungas uppväxtvillkor (60 procent), delaktighet och inflytande (46 procent) och fysisk aktivitet (43 procent). Vad gäller övriga målområden uppgav färre än en tredjedel av de 106 kommunerna att de fått stöd. De kommuner som i fritext har utvecklade sina svar angående stödet från Folkhälsomyndigheten uppgav framför allt att de använder myndighetens hemsida, statistik, rapporter och andra publikationer. I de fall kommuner har fått metodstöd eller ekonomiskt stöd, har det främst varit på områdena föräldrastöd och ANDT. Även kommunerna upplever att Folkhälsomyndighetens huvudfokus nu ligger på smittskydd. Många kommuner uttryckte sig liksom länsstyrelser, landsting och regioner positivt om deltagande i Mötesplats för social hållbarhet.

Flera kommuner beskrev även hur de anser att stödet, dess inriktning och organisering skulle kunna förbättras och gav exempel på vad de saknar, se avsnitt 3.5.3.

Sammanfattningsvis vad gäller Folkhälsomyndighetens uppgift att verka för god folkhälsa, bl.a. genom kunskapsspridning, kan det konstateras att det finns behov av utveckling. Myndighetens arbete har en tyngdpunkt i arbete med smittskydd och ANDT, samt i viss mån med övriga levnadsvanor. Myndigheten arbetar också med en del särskilda uppdrag vad gäller exempelvis psykisk hälsa och suicidförebyggande. Däremot har det inte i någon större utsträckning bedrivits ett sektorsövergripande arbete med områden som utbildning, arbete, boende osv. Detta arbete gentemot relevanta aktörer bör utvecklas och myndigheten behöver samordna folkhälsoarbetet och bistå relevanta aktörer med efterfrågat stöd. Dessa uppgifter bör förtydligas i myndighetens uppdrag. När det gäller Folkhälsomyndighetens arbete med uppföljning och utvärdering diskuteras det vidare i nästa avsnitt.

3.7 Uppföljningssystemet matchar inte det långsiktiga målet om att sluta hälsoklyftorna

I folkhälsopropositionen från 2003 konstaterades att ”I ett mål- och resultatstyrningssystem är uppföljning och utvärdering av avgörande betydelse för att bedöma hur folkhälsoutvecklingen och folkhälsoarbetet fortskrider”(prop. 2002/03:35, s. 29). I propositionen beskrivs även hur uppföljningssystemet skulle utformas. Att mäta och förstå problemet och att bedöma resultatet av vidtagna åtgärder var också en av de tre övergripande rekommendationerna från Marmotkommissionen (WHO 2008).

Sverige har en lång tradition av att följa upp hälsoläget i befolkningen. Uppföljningen av folkhälsopolitiken efter propositionen 2003 har utvecklats under åren. I dag har Folkhälsomyndigheten huvudansvaret för uppföljningen. Myndigheten ska ansvara för uppföljning av befolkningens hälsa och för sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer med utgångspunkt i folkhälsopolitikens målområden samt utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet.

Uppföljningen av folkhälsopolitiken är ett område där fokus har behållits under åren på alla elva målområden och där ett antal myndigheter har haft i uppdrag att bidra till de folkhälsopolitiska rapporterna.

Behov av utveckling identifierade av Statskontoret

Uppföljningssystemet för folkhälsopolitiken utvärderades av Statskontoret 2013. På uppdrag av regeringen undersökte Statskontoret: a) uppföljningssystemets ändamålsenlighet, b) användning och mervärde av resultaten från uppföljningen, c) hur uppdraget att bidra med underlag till uppföljningen har påverkat berörda myndigheters övriga folkhälsoarbete och slutligen d) i vilken utsträckning uppföljningen borde följa utvecklingen på lokal och regional nivå.

I utvärderingen konstaterades bl.a. att avsaknaden av delmål inom folkhälsopolitiken försvårar uppföljningen, samt att måluppfyllelsen skulle kunna underlättas av en tydligare målstruktur som inkluderar delmål. Statskontoret menade även att indikatorssystemet behövde ses över av Statens folkhälsoinstitut och berörda myndigheter för att

bli mer relevant och att antalet indikatorer borde minska. Det konstaterades vidare att folkhälsoarbetet hos de myndigheter som hade deltagit i uppföljningen inte hade påverkats i någon högre utsträckning. När det gäller användningen av resultaten av uppföljningen visade utvärderingen att de användes främst av kommuner och landsting och av den ansvariga enheten för folkhälsofrågor vid Socialdepartementet. Användningen i övriga delar av Regeringskansliet var låg. Statskontoret lyfte ett behov av en ökad användning av resultaten av uppföljningen för att öka mervärdet av desamma. Slutligen konstaterades att det finns ett stort behov av att löpande följa den lokala och regionala utvecklingen och att ansvarig myndighet löpande borde samla in och sammanställa information om insatser som har vidtagits på lokal och regional nivå.

Folkhälsomyndigheten bedriver på regeringens uppdrag ett mer eller mindre löpande arbete för att utveckla uppföljningen av hälsoläget och av hälsans bestämningsfaktorer, bl.a. mot bakgrund av Statskontorets utvärdering. Myndigheten har under 2016 exempelvis presenterat "FolkhälsoStudio"⁷, som är ett interaktivt webbaserat verktyg för att göra folkhälsostatistik mer lättillgänglig. I verktyget finns ett urval av faktorer som påverkar hälsa och välbefinnande men även vissa hälsoutfall. Tanken är att FolkhälsoStudio ska fyllas på med mer statistik på sikt, bland annat ytterligare sjukdomsstatistik.

Behov av att klargöra innebörd av och ansvar för utvärdering av metoder och insatser på folkhälsoområdet

En del av Folkhälsomyndighetens uppföljningsuppdrag som har ägnats mindre uppmärksamhet är den som handlar om att utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet. Anledningar till detta är enligt Folkhälsomyndigheten bl.a. svårigheterna att definiera vad folkhälsoinsatser och metoder inom folkhälsoarbetet de facto innebär. Med anledning av folkhälsopolitikens tvärspektoriella karaktär kan det handla om metoder på alltifrån skol-, eller arbetsmarknadsområdet till metoder kring att främja goda levnadsvanor. När det gäller exempelvis skola och arbetsmarknad pekar myndig-

⁷ www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsostudio

heten på att det inom dessa områden bedrivs egen metodutveckling. Här kan det dock noteras att denna inte nödvändigtvis alltid har jämlikhetsfokus. När det gäller t.ex. ANDT, där myndigheten i viss mån arbetat med metoder, bedöms det vara svårt och mycket resurskrävande att sedan förvalta metoderna. Som har beskrivits ovan är just stöd med kunskap om metoder och goda exempel på insatser något som kommuner, landsting och regioner efterfrågar varför detta är en fråga som behöver diskuteras vidare.

Möjligheterna att analysera hälsan i grupper i särskilt utsatta situationer måste utvecklas

I Folkhälsomyndighetens instruktion anges att myndigheten särskilt ska analysera hälsan och hälsans bestämningsfaktorer och hur bestämningsfaktorerna fördelas efter kön, etnisk eller kulturell bakgrund, socioekonomisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsnedsättning och ålder. Detta görs där det finns sådan statistik att tillgå. Som exempel kan nämnas att det i Folkhälsomyndighetens årsrapport från 2014 *Folkhälsan i Sverige* redovisas 90 tabeller och grafer. 59 (66 procent) av dessa är nedbrutna efter kön och endast 25 (28 procent) efter socioekonomi (oftast i relation till utbildningsnivå). I samma rapport för 2016 redovisas 77 tabeller och grafer varav 43 (61 procent) är nedbrutna efter kön och 27 (34 procent) efter socioekonomi (Folkhälsomyndigheten 2014 respektive 2016). En viktig utgångspunkt för arbetet mot en jämlik hälsa är att denna typ av data och analyser integreras genomgående i all uppföljning.

När det gäller analys av hälsan i grupper i särskilt utsatta situationer, exempelvis situationen för hbtq-personer och nationella minoriteter finns det, som påpekas i Kommissionens första delbetänkande, ett begränsat kunskapsunderlag, inte minst för att det finns uppenbara etiska och integritetsmässiga problem med att registrera exempelvis nationella minoriteter. Det saknas därför i flera fall såväl registerbaserade underlag som direkta möjligheter att identifiera dessa grupper för att nå ut med enkät- eller intervjustudier (SOU 2016:55). Kommissionen bedömer det som centralt att förbättra uppföljningen av hälsan bland grupper i särskilt utsatta situationer för en stärkt kunskap och stärkta möjligheter att vid behov vidta specifika åtgärder för att främja hälsan i dessa grupper.

Tillgång till relevanta mikrodata saknas

Kommissionen har i sitt arbete kunnat konstatera att Folkhälsomyndighetens registerbaserade uppföljning försvåras och begränsas av att de saknar direkt tillgång till relevanta mikrodata från i första hand Socialstyrelsen och SCB för egna analyser. De är i dag i huvudsak hänvisade till att beställa färdigbearbetad statistik. En relevant och effektiv uppföljning kräver ett löpande utvecklingsarbete, vilket i sin tur kräver analytisk kompetens och tillgång till relevanta mikrodataregister. Givet att Folkhälsomyndigheten nu ansvarar för folkhälsorapporteringen borde de enligt Kommissionens bedömning på lämpligt sätt försäkras direkt tillgång till de register de behöver för denna uppföljning. De praktiska och juridiska problem som eventuellt står i vägen för en mer direkt tillgång till data bör vara principiellt enkla att lösa då alla berörda myndigheter är beredda att hantera känsliga personuppgifter av olika slag.

Behov av att kunna följa upp hälsan och dess fördelning på lokal och regional nivå

Utöver den uppföljning som görs av Folkhälsomyndigheten och i kommuner, landsting och regioner samarbetar SKL, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen kring öppna jämförelser på området folkhälsa. Öppna jämförelser har hittills redovisats vid två tillfällen, 2009 och 2014. Rapporten från 2014 innehåller resultat på regional och lokal nivå för 41 indikatorer. Rapporterna redovisar resultat kring hälsan i befolkningen samt några av hälsans bestämningsfaktorer. Jämförelserna redovisar skillnader mellan olika landsting och olika kommuner samt skillnader mellan kvinnor och män, samt på landstingsnivå skillnader mellan personer med kort eller lång utbildningsbakgrund. Samarbetet kring öppna jämförelser välkomnas av Kommissionen och har en viktig koppling till det uppföljningsarbete som görs av Folkhälsomyndigheten i övrigt.

Som har nämnts ovan uttrycker kommuner, landsting, regioner och även länsstyrelser i sina svar på Kommissionens enkäter ett behov av stöd med data och statistik om hälsoläget och om bestämningsfaktorerna. Dessa behöver också vara nedbrytbara på kommunal och regional nivå och möjliggöra analys av skillnader på grund av socioekonomi, kön, ålder osv. Det uttrycks också behov

av kunskap om metoder och insatser inom folkhälsoarbetet. Dessa behov lyftes också i Statskontorets utvärdering av uppföljningssystemet.

Sammanfattningsvis delar Kommissionen i allt väsentligt den analys och de slutsatser och rekommendationer som Statskontoret gjorde 2013. Kommissionen konstaterar att en regelbunden uppföljning och bevakning av hög kvalitet av folkhälsoläget och av folkhälsans bestämningsfaktorer och att en analys av jämlikhet genomgående integreras i uppföljningen är av stor vikt. Det är också viktigt att regelbundet följa upp hälsoläget i grupper i särskilt utsatta situationer och att hitta sätt att få bättre kunskaper om grupper där det inte finns registerbaserade underlag eller svårigheter att nå ut med enkät- eller intervjustudier. Folkhälsomyndigheten behöver även direkttillgång till relevanta mikrodataregister.

Ett uppföljningssystem bör vara långsiktigt och möjliggöra jämförelser över tid och mellan olika nivåer (EU-, nationell, regional- och lokal). Uppföljningssystemet bör utvecklas i samarbete med relevanta aktörer på nationell, lokal och regional nivå för att uppföljningen ska bli så relevant och användbar som möjligt för samtliga. Ytterligare en viktig aspekt är att den kunskap som genereras genom uppföljningen sprids och används av relevanta aktörer i planering och prioritering av deras respektive verksamheter. Detta rör både kunskap om hälsoläget och om hälsans bestämningsfaktorer. Det handlar även om kunskap om metoder och folkhälsoinsatser. När det gäller det senare området är det mer eftersatt än de andra och skulle behöva utvecklas ytterligare. Det bör också finnas stöd till kommuner, landsting och regioner i deras arbete med uppföljning. Kommissionen bedömer att uppföljningssystemet skulle behöva utvecklas vidare i denna riktning, inte minst genom ett ökat fokus på jämlikhetsaspekter.

3.8 Utvecklad utvärdering och forskning

Som stöd för folkhälsopolitiska beslut på alla nivåer behövs både fungerande utvärderingssystem och god forskning kring jämlik hälsa i vid bemärkelse, såväl vad gäller samband och mekanismer som om hur specifika åtgärder och interventioner kan designas,

implementeras och utvärderas. Kommissionen bedömer att det finns utrymme för utveckling och förbättring inom alla dessa områden, men vill särskilt lyfta behovet av 1) en utvecklad utvärdering av folkhälsopolitiken och folkhälsoarbete på alla samhällsnivåer med fokus på jämlik hälsa och 2) forskning som tar ett övergripande och mer dynamiskt perspektiv på en god och jämlik hälsa och dess bestämningsfaktorer.

Utvärdering

När det gäller utvärdering har vissa delar av folkhälsopolitiken utvärderats. Exempelvis har, som ovan nämnts, ANDT-strategin för perioden 2011–2015 utvärderats liksom uppföljningssystemet för folkhälsopolitiken. Kommissionen bedömer dock att utvärderingar skulle behöva göras mer regelbundet och reguljärt som en del av folkhälsopolitiken. Vi bedömer vidare att det finns ett behov av att utvärdera reformer och åtgärder som inte har en god och jämlik hälsa som primärt mål ur ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv. Syftet med utvärderingarna är dels att bedöma resultat och effekter av de insatser som görs, dels att kunna ta lärande från utvärderingarna vidare i fortsatt utveckling av ny politik och nya åtgärder. Det uppdrag som Folkhälsomyndigheten har i dag vad gäller utvärdering av insatser och metoder på folkhälsoområdet är otydligt. Betydelsen av detta uppdrag (syfte och fokus) och var ansvaret för detta arbete borde ligga skulle behöva klargöras genom en diskussion bland relevanta aktörer. När det görs utvärderingar på lokal och regional nivå av folkhälsoarbetet saknas ofta möjligheterna att sprida kunskaperna från detta vidare.

Forskning

När det gäller forskning kring breda, övergripande samhällsutmaningar som jämlik hälsa krävs förmåga till överblick och sammanvägning. Detta kräver i sin tur kunskaper och insikter från flera olika vetenskapliga forskningsområden och discipliner. Tvärspektoriella problem och utmaningar kräver tvärvetenskaplig överblick och kompetens, i forskargrupper men också hos enskilda forskare. Kommissionen menar därför att stora och komplexa samhällsutmaningar som

jämlik hälsa inte kan förstås och diskuteras utan en bredare kunskap och insikt i flera (eller många) av de olika delfrågor som berörs.

En god och jämlik hälsa hänger samman med det tidiga livets villkor, med kunskaper, kompetenser och utbildning, med arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, med boende och närmiljö, levnadsförhållanden och kontroll, delaktighet och inflytande. En initierad men samtidigt samhällsrelevant diskussion om jämlik hälsa kräver därför insikt och kunnande inom åtminstone de flesta av dessa fält, samt självfallet kring hälsa och sjukdomar. För detta krävs således forskare som är kunniga inom ett eller flera forskningsfält, men som också äger förmågan att diskutera breda samhällsfrågor på ett vetenskapligt sätt med kollegor från andra discipliner.

En löpande dialog kring de samhällsutmaningar som identifieras i politiken och relevant vetenskaplig kunskap från olika forskningsfält och discipliner uppkommer dock inte av sig själv. Tvärt om krävs aktiva insatser för att stimulera generella kompetenser bland forskare likväl som institutionella former för dialog mellan forskning, politik och expertis från berörda verksamheter. De bredare, tvärvetenskapliga kompetenser som vi ser som centrala för att få till stånd sådana dialoger måste dock också i sig stimuleras och främjas. Detta eftersom sådana kompetenser inte är självklart meriterande inom respektive vetenskaplig disciplin, där kompetens inom snävare avgränsade specialområden snarare än generalistkompetens oftast är vad som belönas vid tjänstetillsättningar och konkurrens om forskningsanslag. Kommissionens menar därför att det på ett mer grundläggande plan finns behov av en forskningspolitik som organiseras så att såväl specialist- som generalistkompetens skapas och vidmakthålls. Detta kräver en bättre förståelse för betydelsen av generalister inom forskningen, dvs. varför forskare som har kompetens och kunnande över bredare forskningsfält är viktiga för en bred samhällsdiskussion. Därutöver behövs konkreta åtgärder för att stödja och stimulera enskilda forskare att bredda sig utanför sin egen disciplin och forskningsfåra, liksom för att stimulera en bredare sammansättning av forskargrupper. Här har forskningsråden en viktig uppgift att fylla, men även lärosäten och andra vetenskapliga organisationer.

I den nyligen presenterade forskningspolitiska propositionen, *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft* (prop. 2016/17:50), lyfts frågan om jämlik hälsa som en

del av samhällets hälsoutmaning och vissa steg tas för att stimulera tvärvetenskaplig forskning kring detta. Särskilda forskningssatsningar föreslås bl.a. riktade mot de två vägar mot mer jämlik hälsa Kommissionen lyfter fram i det tidigare delbetänkandet (SOU 2016:55); dels för forskning om välfärdens kvalitet, organisation och processer (vad vi kallar strategisk styrning), dels för forskning för jämlika villkor. Här finns dock inget om behovet av stöd till breda kompetenser på det sätt som vi menar är centralt för att säkra kompetensförsörjning och infrastruktur för tvärvetenskapligt/tvärsektoriellt arbete.

Sammanfattningsvis bedömer Kommissionen att det finns behov av samlade satsningar på kunskaper kring frågor om god och jämlik hälsa i hela dess bredd. Detta inbegriper en utvecklad utvärdering av såväl policy som konkreta insatser, förstärkningar av tvärvetenskaplig forskning och forskarkompetens samt förutsättningar för ökad dialog mellan akademien och politiken.

3.9 Sammanfattande diskussion om behovet av utveckling av folkhälsopolitikens ramverk

I analysen av hur det ser ut i praktiken i dag när det gäller det folkhälsopolitiska arbetet i förhållande till intentionerna i det folkhälsopolitiska ramverket framträder ett antal problem eller utvecklingsområden som Kommissionen menar behöver åtgärdas:

- Otydligheter i målstrukturen försvårar såväl styrning som uppföljning av folkhälsopolitiken. Det saknas konkreta och uppföljningsbara delmål och det är inte tydligt för alla berörda aktörer hur målet om att sluta hälsogapet inom en generation förhåller sig till det av riksdagen antagna övergripande målet för folkhälsopolitiken.
- Genomslaget för folkhälsopolitiken hos relevanta aktörer varierar. Många kommuner, landsting och regioner bedriver ett aktivt arbete som relaterar till den nationella folkhälsopolitiken, vilket är mycket positivt. Bland såväl de 40 myndigheter på nationell nivå som Kommissionen bedömer ha särskild relevans för folkhälsopolitiken, som bland länsstyrelserna som har ett uttalat folkhälsouppdrag, är genomslaget för folkhälsopolitiken sämre än på lokal och regional nivå. Detta är särskilt anmärkningsvärt

eftersom den nationella folkhälsopolitiken är formellt styrande endast för de statliga aktörerna.

- Ett för snävt och ensidigt fokus på ett begränsat antal av folkhälsopolitikens målområden inom såväl Regeringskansliet, som bland myndigheter, kommuner, landsting och regioner gör det svårt att uppnå en god och jämlik hälsa.
- Kommuner, landsting och regioner prioriterar *jämlik hälsa* i relativt hög utsträckning vilket är positivt. Det finns dock utvecklingsmöjligheter, exempelvis när det gäller möjligheterna att följa upp folkhälsan och dess bestämningsfaktorer utifrån ett socioekonomiskt perspektiv. Myndigheterna, särskilt länsstyrelserna, prioriterar jämlik hälsa i lägre utsträckning än kommuner, landsting och regioner.
- Uppdrag till myndigheter vad gäller folkhälsa och jämlik hälsa saknas eller är otydliga. Exempelvis har endast 2 av 40 myndigheter med verksamhet som kan bidra till en god och jämlik hälsa uttalade uppdrag kopplat till detta i sina instruktioner.
- Många kommuner, landsting och regioner arbetar aktivt med folkhälsa. Samtidigt förefaller alltför många inte bedriva ett samlat och strukturerat arbete för en god och jämlik hälsa.
- Kommuner, landsting och regioner uttalar i sina enkätsvar ett stort behov av ett utvecklat stöd för och samordning av arbetet, inte minst från den nationella nivån.
- Uppföljningssystemet för folkhälsopolitiken är under utveckling, men mer behöver göras inte minst för att möjliggöra analyser av ojämlikhet i hälsa. Det finns också behov av utvecklad utvärdering, forskning och forskningskompetens i frågor om god och jämlik hälsa.
- Folkhälsomyndighetens och länsstyrelsernas roll i folkhälsopolitiken behöver förtydligas bl.a. vad gäller stöd till relevanta aktörer och samordning. Bredden i uppdraget, med utgångspunkt i samtliga målområden i folkhälsopolitiken, bör understrykas.

Om vi här återknyter till Lennart Lundquists förutsättningar för en lyckad implementering av politiska beslut – dvs. att relevanta

tjänstemän bör *förstå, kunna och vilja* genomföra besluten – som nämns i inledningen av detta kapitel kan några saker noteras.

Det är främst myndigheterna som formellt sett har ansvaret för att genomföra den nationella folkhälsopolitiken. Här förefaller det bland myndigheterna på nationell nivå finnas problem när det gäller samtliga Lundquists förutsättningar. Den roll som myndigheterna var tänkta att ha i enlighet med den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 har inte uttalats tydligt på många år. Efter att de inledningsvis var mycket involverade har myndigheternas ”generella” ansvar för folkhälsopolitiken inte formaliserats på ett tydligt sätt, annat än genom vissa särskilda regeringsuppdrag. Endast 2 av 40 myndigheter, utöver Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna, har som ovan nämnts konkret formulerade uppdrag i sina instruktioner avseende hälsa eller folkhälsa. Det skulle därför vara mycket begärt att myndigheterna själva per automatik skulle se – *förstå* – (hela) sin roll i folkhälsopolitiken på det sätt som avsågs initialt, då det inte tydligt framgår av myndigheternas respektive styrande dokument.

Hur en god och jämlik hälsa och dess bestämningsfaktorer hänger samman i dynamiska samspel mellan exempelvis hälsa, utbildning, arbete, boende osv. är inte nödvändigtvis kunskapsmässigt allmängods. Eftersom regeringen och Regeringskansliet och därmed inte heller Folkhälsomyndigheten under senare år har prioriterat arbete för kunskapsspridning, stöd och inkludering av relevanta aktörer kring hela bredden av folkhälsopolitiken har denna typ av kunskap inte heller spridits aktivt. Detta betyder dock naturligtvis inte att det inte finns myndigheter som ser sin roll på området eller arbetar med folkhälsofrågor. På ett generellt plan finns det dock ett klart behov av att förtydliga relevanta myndigheters uppdrag inom folkhälsopolitiken. När det gäller att *kunna* i termer av att ha resurser (tid, ekonomiska och inflytande), kunskap, information, handlingsförmåga är det svårare att värdera då detta bygger på att det finns ett tydligt politiskt beslut att genomföra. När Kommissionen ställde frågor om vad som är i störst behov av utveckling för att myndigheterna på bästa sätt ska kunna bidra till en god och jämlik hälsa angavs de tre främsta aspekterna vara relaterade till bättre kunskap. Avseende *viljan* att genomföra folkhälsopolitiken från myndigheternas sida har vi inget tydligt underlag utifrån vilken en sådan bedömning kan göras.

Även viljan är naturligtvis avhängig att det finns ett tydligt uppdrag och förståelse för sin roll i detta. Möjligen kan myndigheternas svar när det gäller utvecklingsbehov avseende uppdrag från regeringen ge en indikation. Där svarade 11 procent att det finns ett stort behov av utveckling och 27 procent att det finns ett visst behov av utveckling.

Till skillnad från myndigheterna på nationell nivå har länsstyrelserna uttalade uppdrag avseende både folkhälsa generellt och samordning av ANDT-arbete. Länsstyrelserna uttrycker utvecklingsbehov på samtliga områden som togs upp i Kommissionens enkät för att bättre kunna arbeta för en god och jämlik hälsa. Trots uttalade uppdrag tyder länsstyrelsernas enkätsvar på brister i såväl att *förstå* som att *kunna* genomföra folkhälsopolitiken. Många av enkätsvaren pekar på att det folkhälsopolitiska uppdraget i dag förstås främst i termer av ett uppdrag på ANDT-området, snarare än ett brett folkhälsopolitiskt uppdrag. För att kunna genomföra uppdraget på bästa sätt uttrycker länsstyrelserna ett stort behov av tydligare uppdrag från regeringen, mer stöd från Folkhälsomyndigheten samt mer ekonomiska och personella resurser. Såväl uttrycken kring utvecklingsbehov som önskemålen om en tydligare roll i folkhälsopolitiken antyder en klar *vilja* att bidra till att stärka genomförandet av politiken.

Kommuner, landsting och regioner styrs som nämnts inte formellt av folkhälsopolitiken. Eftersom de har ansvar för och spelar en viktig roll i arbetet på de livsområden som är centrala för en god och jämlik hälsa uttalas dock en tydlig intention och förhoppning i nationella folkhälsopolitiska dokument att lokala och regionala aktörer ska spela en viktig roll i genomförandet av folkhälsopolitiken. Som har beskrivits ovan är det också kommuner, landsting och regioner som i högst utsträckning arbetar aktivt med folkhälsofrågor. Det beror sannolikt inte i första hand just på den nationella folkhälsopolitiken, utan på behov som har identifierats i den lokala och regionala kontexten. Häri ligger sannolikt delar av förklaringen till varför kommuner, landsting och regioner prioriterar folkhälsorelaterat arbete i större utsträckning än myndigheterna. För dessa aktörer får problem med bristande och ojämlik hälsa väsentligt mer direkta konsekvenser än för myndigheterna och blir därmed mer angelägna att hantera. Samtidigt som arbetet bedrivs efter lokala och regionala förutsättningar och behov framgår det att många tar stöd i

det nationella ramverket. I en majoritet av kommunerna, landstingen och regionerna förefaller det finnas förhållandevis *god förståelse, gott kunskande och god vilja* att verka för de nationella folkhälsopolitiska målen. När det gäller att *kunna* uttrycks dock nästan genomgående behov av ytterligare stöd, med kunskap snarare än ekonomiskt, från den nationella nivån och av samordning. Lokala och regionala företrädare uttrycker såväl i Kommissionens enkäter som i Kommissionens breda dialog att en av de främsta utmaningarna i deras arbete är stuprörstänkande och brist på samordning från den nationella nivån vilket bl.a. resulterar i att målkonflikter överlämnas till kommuner, landsting och regioner att lösa.

En central utmaning är att få med de kommuner, landsting och regioner som inte förefaller bedriva ett aktivt organiserat folkhälsoarbete.

Slutligen mot bakgrund av det som just har beskrivits och med anknytning till implementeringsforskningens resonemang kring ”government” och ”governance” (se vidare inledningen av detta kapitel) och den i folkhälsopolitiken uttalade ambitionen att involvera en bredd av aktörer på olika samhällsnivåer och från olika fält får det nog sägas att denna ”governance-ansats” inte helt har lyckats. Kommissionens bedömning är därför att det finns behov av mekanismer som bidrar till att stärka ägarskapet för frågor om en god och jämlik hälsa inom alla de sektorer som berörs.

I nästa kapitel utvecklar Kommissionen förslag kring hur det folkhälsopolitiska ramverket kan utvecklas för att stärka möjligheterna att uppnå en god och jämlik hälsa. Förslagen tar sin utgångspunkt i att samtliga berörda aktörer på alla samhällsnivåer ska involveras och förstå sin roll i folkhälsopolitiken, ha kunskaper och resurser för att kunna integrera ett folkhälso-/jämlik hälsaperspektiv och vidta lämpliga åtgärder på sina respektive områden, känna ägarskap kring frågan om en god och jämlik hälsa samt ges adekvat stöd i detta arbete.

4 En politik för en god och jämlik hälsa – förslag till utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket

I det föregående kapitlet analyserades hur det folkhälsopolitiska arbetet i Regeringskansliet, bland myndigheter, länsstyrelser, kommuner, landsting och regioner ser ut i dag i förhållande till intentionerna i det folkhälsopolitiska ramverket. I analysen identifierades ett antal utvecklingsområden och problem som Kommissionen bedömer som viktiga att hantera genom en utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. Utifrån analysen framträder ett behov av ett ramverk som säkerställer:

- Tydligare mål och ett tydligare fokus på jämlikhet.
- Ett bredare angreppssätt som inkluderar alla målområden.
- Att alla relevanta aktörer och sektorer på nationell, lokal och regional nivå involveras på ett sätt som främjar ägarskap genom tydligare uppdrag och adekvat kunskapsstöd.
- Stärkt samordning av folkhälsopolitiken.
- En utvecklad uppföljning som möjliggör jämförelser över tid och mellan kommuner, regioner och nationell samt internationell nivå och som möjliggör analys av ojämlikhet. Även utvärderingen av och forskning kring jämlik hälsa behöver utvecklas.

Kommissionens utgångspunkt är att ramverket ska utgöra den infrastruktur som är nödvändig för ett strategiskt och brett tvärsektorielt arbete med folkhälsopolitiken. Ramverket behöver fungera löpande, långsiktigt och dynamiskt i förhållande till ett föränderligt samhälle. Det finns många förtjänster i hur det folkhälsopolitiska ramverket

utformades initialt, men Kommissionen bedömer att det behöver reformeras och vitaliseras.

I det följande presenterar Kommissionen förslag kring hur det folkhälsopolitiska ramverket kan utvecklas för att möta de behov som beskrivs ovan. I Kommissionens första delbetänkande identifierades tre principiellt olika typer av åtgärder för att åstadkomma en god och mer jämlik hälsa; a) att stärka människors egna möjligheter att agera och generera resurser, b) att göra mer av sådant som fungerar samt c) att göra bättre eller annorlunda (SOU 2016:55). Detta resonemang kan i viss mån även tillämpas på *hur* arbetet med frågor om folkhälsa och jämlik hälsa organiseras och bedrivs. Eftersom Kommissionen menar att mycket i dagens ramverk var väl uttänkt från början, men att ramverkets intentioner inte har kommit att infrias, handlar vissa förslag om att göra mer respektive återuppta sådant som redan från början var tänkt skulle göras. Merparten av förslagen inriktas dock snarare på att göra saker bättre eller annorlunda.

Eftersom vi är en statlig kommission och med beaktande av den kommunala självstyrelsen ligger tyngdpunkten i denna förslagsdel på förslag riktade till aktörer på statlig nivå. En stor andel av förslagen har dock bäring på att bidra till bästa möjliga förutsättningar för kommuner, landsting och regioner, som centrala aktörer, att arbeta för en god och jämlik hälsa. Ett antal förslag riktar sig också direkt till dessa.

Som nämndes inledningsvis är ett fungerande ramverk för folkhälsopolitiken naturligtvis i sig inte en garanti för konkreta förbättringar av enskilda människors och familjers vardag som kan leda till en god och jämlik hälsa. Däremot skapar det de nödvändiga förutsättningarna för att sådana förbättringar ska kunna komma till stånd. I detta betänkande läggs därmed en grund för de förslag som Kommissionen avser att presentera i sitt slutbetänkande för att skapa mer likvärdiga villkor, möjligheter och miljöer för kvinnor och män, flickor och pojkar, i olika sociala grupper och kring mer generella frågor om styrning och uppföljning av verksamheter för en god och jämlik hälsa.

4.1 En förtydligad målstruktur med ett förstärkt fokus på jämlik hälsa

Kommissionens förslag:

- Det övergripande målet för folkhälsopolitiken bör ändras till: ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen”. Ambitionen bör vara att målet ska nås inom en generation.
- Dagens elva målområden inom folkhälsopolitiken bör omvandlas till åtta prioriterade målområden för en god och jämlik hälsa.
- Det bör tas fram strategier för alla målområden för en period om 3–5 år. Strategier för samtliga målområden bör finnas på plats senast 2020. I strategierna bör konkreta och uppföljningsbara delmål och etappmål för arbetet formuleras. Strategierna bör tas fram i ett brett samarbete mellan alla relevanta aktörer och utvärderas i slutet av strategiperioden.

4.1.1 Ett övergripande mål med stärkt fokus på jämlik hälsa

Den nuvarande lydelsen av det övergripande målet för folkhälsopolitiken, som beslutades av riksdagen i och med antagandet av propositionen *Mål för folkhälsan* (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145), är: ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. Kommissionen föreslår att målet ändras till: ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen”. Ambitionen bör vara att målet ska nås inom en generation.

Kommissionen anser att det är centralt att behålla den del av målformuleringen som handlar om att *skapa samhälleliga förutsättningar* för en god och jämlik hälsa. Kommissionen menar att detta sätter fokus på hälsans bestämningsfaktorer, eller de livsområden som Kommissionen pekar ut som centrala för en god och jämlik hälsa. Detta är en viktig utgångspunkt för den svenska folkhälsopolitiken som bör bevaras.

Även om dagens mål innehåller en jämlikhetskomponent menar Kommissionen att denna kan förtydligas. Kommissionen bedömer vidare att det långsiktiga målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation bör integreras i den formella målstrukturen. En ändring i enlighet med den ovan föreslagna skulle innebära att detta gjordes genom att tydligare uttala fokus på jämlik hälsa, utan att förlora fokus även på nivån på hälsan i hela befolkningen. Vidare bör ambitionen att målet ska nås inom en generation anges i anslutning till målformuleringen. Ytterligare ett skäl till den föreslagna ändringen är att målets nuvarande lydelse fokuserar främst på *lika förutsättningar/villkor* för en god folkhälsa. I en strikt tolkning av lika villkor skulle detta kunna likställas med att Sverige har ratificerat ett antal konventioner om mänskliga rättigheter som säkrar såväl rätten till bästa uppnåeliga hälsa som rätten till hälsans bestämningsfaktorer såsom utbildning, arbete, inflytande osv. Lika rättigheter är också grundläggande i svensk lagstiftning, bl.a. i övergripande lagar som diskrimineringslagen (SFS 2008: 567), kommunallagen (SFS 1991: 900) m.fl. (se vidare avsnitt 2.4). Den föreslagna nya lydelsen skulle i stället fokusera främst på *lika utfall* och därmed enligt vår bedömning innebära ett starkare åtagande kring en god och jämlik hälsa.

En jämförelse kan här göras med exempelvis målformuleringen inom jämställdhetspolitiken: "Kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv", som fokuserar på lika utfall för kvinnor och män. Det tydliggörs att det övergripande målet tar sikte på att beskriva de resultat som ska nås genom att kvinnor har samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter som män att forma samhället och sina egna liv (prop. 2005/06:155, bet. 2005/06:AU11, rskr. 2005/06:257). Detta utvecklas också i Jämställdhetsutredningens slutbetänkande från 2015 där det konstateras "att arbetet för jämställdhet ska verka för ett samhälle som inte enbart är formellt utan även reellt jämställt. Det innebär såväl juridiskt lika individuella rättigheter för kvinnor och män som jämställdhet i resultat." (SOU 2015:86, s. 448 f.). Tanken med Kommissionens föreslagna ändring av det övergripande målet för folkhälsopolitiken är alltså den motsvarande, att lika rättigheter och förutsättningar inte är nog, utan att fokus också bör läggas på mer lika utfall när det gäller hälsa. Detta innebär att åtgärder för att påverka den sociala gradienten i hälsa bör vara såväl universella som riktade, så att nivån och intensiteten i

stödet motsvarar nivån på utsatthet, jämför med vad som brukar kallas ”proportionell universalism” (Marmot et al. 2010).

En invändning mot förslaget att revidera det övergripande målet kan vara att det nuvarande målet är känt och använt bland många relevanta aktörer. Som diskuterats i det föregående kapitlet varierar dock genomslaget för det övergripande målet mellan olika aktörer. Detsamma gäller genomslaget för målet om jämlik hälsa. Avsikten med Kommissionens ändringsförslag är att tydliggöra jämlikhetsperspektivet och detta behöver stärkas hos alla aktörer.

Ytterligare en tänkbar invändning mot att ändra det övergripande målet är att det har legat fast under en längre tid och under regeringar av olika färg. Kommissionen vill i detta sammanhang tydliggöra att den föreslagna förändringen inte utgör en förändring i sak, utan ett förtydligande och förstärkande av jämlikhetsaspekterna i målet. Allt detta sammantaget bedömer Kommissionen talar för en något ändrad målformulering.

4.1.2 Dagens elva målområden blir åtta

Dagens elva målområden inom folkhälsopolitiken bör omvandlas till åtta prioriterade målområden för en god och jämlik hälsa. Dessa områden motsvarar de sju områden som Kommissionen presenterar i sitt första delbetänkande (SOU 2016:55) som särskilt viktiga för en god och jämlik hälsa. Därtill läggs det tidigare målområdet 6; En hälsofrämjande hälso- och sjukvård, nu med benämningen en *jämlik* och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. De föreslagna åtta målområdena är:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kompetenser, kunskaper och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Skälen till att Kommissionen föreslår detta är flera. För *det första* bedömer vi att detta skulle förstärka fokus på jämlik hälsa i folkhälsopolitiken. Kommissionen stödjer den grundansats som de tidigare målområdena bygger på och som, då målområdena presenterades, var unik i att ta sin utgångspunkt i bestämningsfaktorer för hälsa. Kommissionen vill dock utveckla denna ansats genom en viss omstrukturering av målstrukturen för att genom detta förstärka fokus på jämlik hälsa. Hur de första sju områdena utgör livsområden som omfattar viktiga *resurser* som hänger samman med en god och jämlik hälsa och hur dessa motsvaras av viktiga *sambällsinstitutioner och arenor* där åtgärder kan vidtas för att främja en god och jämlik hälsa beskrivs utförligt i Kommissionens första delbetänkande (SOU 2016:55). Tillägget av ett prioriterat målområde om en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård bygger på samma grundargument som de för det nuvarande målområdet 6 (Statens folkhälsoinstitut 2004). Den fortsatta relevansen av dessa argument samt behovet av en komplettering med begreppet *jämlik* utvecklas nedan.

För *det andra* menar Kommissionen att det faktum att dagens elva målområden har haft ett så varierande genomslag hos olika aktörer är ett problem som behöver åtgärdas. En möjlig förklaring är att dagens målområden inte är kopplade till tydliga delmål och därför är svåra att följa upp. Att peka ut dessa åtta områden som prioriterade målområden som kopplas till strategier med konkreta delmål och etappmål (se förslag om detta i nästa avsnitt) skulle enligt vår mening förtydliga politikens inriktning och därmed underlätta såväl styrningen som uppföljningen av folkhälsopolitiken.

En tänkbar invändning mot Kommissionens förslag är att det kan tolkas som att vissa områden nedprioriteras. Kommissionen vill understryka att förslaget inte på något sätt innebär att vi menar att innehållet i de existerande målområdena och det viktiga arbete som har gjorts och görs inom dessa inte är relevant och viktigt. Tvärtom är tanken att samtliga av dagens målområden ryms inom de åtta målområden för en god och jämlik hälsa som Kommissionen föreslår. Som har diskuterats ovan har dock arbetet kommit att fokuseras i första hand på ett begränsat antal av dagens målområden och Kommissionen menar att arbetet bör breddas. Kommissionen ser också att det finns tydliga synergieffekter att vinna med en breddad ansats i arbetet (se avsnitt 3.3). Därmed betonas ett antal aspekter– i

huvudsak ekonomiska och sociala villkor – ytterligare i Kommissionens förslag. I tabellen nedan görs en schematisk beskrivning av hur dagens målområden i huvudsak förhåller sig till de målområden Kommissionen föreslår. Det bör noteras att beskrivningen här fokuserar på hur dagens målområden föreslås ”gå in i” Kommissionens föreslagna åtta prioriterade målområden. Liksom i nuvarande indelning av målområdena hänger de flesta områdena ihop på olika sätt och det finns – och bör inte heller finnas – några vattentäta skott dem emellan. Hur Kommissionen ser på innehållet i de föreslagna åtta målområdena kommer att utvecklas ytterligare i slutbetänkandet:

Tabell 4.1 11 målområden blir 8

Kommissionens förslag till 8 målområden	Dagens 11 målområden
1. Det tidiga livets villkor	3. Barns och ungas uppväxtvillkor
2. Kompetenser, kunskaper och utbildning	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar 3. Barns och ungas uppväxtvillkor
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar 4. Hälsa i arbetslivet
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
5. Boende och närmiljö	2. Ekonomiska och sociala förutsättningar 5. Miljöer och produkter 7. Skydd mot smittspridning
6. Levnadsvanor	7. Skydd mot smittspridning 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa 9. Fysisk aktivitet 10. Matvanor och livsmedel 11. Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel
7. Kontroll, inflytande och delaktighet	1. Delaktighet och inflytande i samhället 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård	6. En hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Liksom i den existerande målområdesstrukturen har Kommissionen valt att inkludera en av välfärdsstatens institutioner och aktörer som ett eget målområde, nämligen en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Det är inte självklart att hälso- och sjukvården till skillnad från andra centrala välfärdsinstitutioner av betydelse för en mer jämlik

hälsa ges ett eget målområde. Kommissionen har dock gjort bedömningen att det finns fler och tyngre argument för än emot detta. Skälet till detta är att hälso- och sjukvården intar en särställning bland de olika välfärdsinstitutioner som är viktiga för att nå en mer jämlik hälsa, då den genom förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser påverkar människors hälsa *direkt*. Detta är avgörande för vår bedömning. Kommissionen menar att det självfallet är centralt att alla de välfärdsinstitutioner och verksamheter som har betydelse för mer jämlika förhållanden, villkor och miljöer för flickor, pojkar, kvinnor och män i olika åldrar blir engagerade som aktörer inom ramen för en tvärsektorieell politik för god och jämlik hälsa. Hälso- och sjukvårdens roll som den aktör som direkt påverkar hälsa och överlevnad motiverar dock ett eget målområde som innebär att dess tjänster och insatser görs jämlikt, jämställt och hälsofrämjande.

Utifrån Kommissionens perspektiv kan vi konstatera att hälso- och sjukvården behöver arbeta mer likvärdigt än i dag. Trots att de farmakologiska och kirurgiska landvinningar som gjorts sannolikt har bidragit till förbättrade överlevnadschanser och bättre funktion för människor i alla sociala skikt bidrar vårdens verksamhet ofta till ökade snarare än minskade hälsoklyftor (Myndigheten för vårdanalys 2014). Vi vet att det finns omotiverade skillnader i vårdens insatser. Vi vet exempelvis att lågutbildade i mindre utsträckning får evidensbaserad medicinsk behandling efter stroke, att kvinnor i socioekonomiskt utsatta grupper i mindre utsträckning deltar i cellprovskontroller och att låginkomsttagare i högre grad avstår från vård av ekonomiska skäl (Kristenson, kommande). Det är därför centralt att hälso- och sjukvårdens verksamhet blir bättre på att möta de skillnader som finns mellan sociala grupper vad gäller insjuknande, behandling och konsekvenser av sjukdom och ohälsa. För att tydliggöra detta föreslås en omformulering av dagens målområde till ”En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård”.

4.1.3 Strategier tas fram för alla målområden

Kommissionen föreslår att regeringen som metod för det fortsatta arbetet systematiskt tar fram strategier för att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen på de åtta prioriterade målområdena. I strategierna bör konkreta delmål

och etappmål formuleras. Strategier som täcker samtliga målområden bör finnas på plats senast 2020.

Strategierna bör utarbetas i samarbete med alla relevanta aktörer (berörda departement, myndigheter på nationell nivå, länsstyrelser, SKL, kommuner, landsting och regioner, forskare, professioner, det civila samhället, arbetsmarknadens parter och näringslivet) och förankras i riksdagen. Strategierna bör vara tidsbestämda (3–5 år). Strategierna kan gälla hela eller delar av målområdena, eller flera målområden tillsammans. Det centrala är dock att samtliga målområden motsvaras av en strategi med konkreta och uppföljningsbara delmål, som för långsiktighetens skull bör kunna sträcka sig längre än strategiperioden, och etappmål som motsvarar strategiperioden. Arbetet med strategierna bör följas upp regelbundet samt utvärderas i slutet av strategiperioden. Det är sannolikt varken möjligt eller lämpligt att ta fram strategier för samtliga målområden samtidigt, varför de skulle kunna tas fram enligt ett ”rullande” schema utifrån vilka områden som bedöms som mest prioriterade under en specifik period. För ANDT-området finns redan en ny strategi som antogs 2016. Kommissionen bedömer att det vore lämpligt att i ett första skede prioritera strategier för de föreslagna målområdena Det tidiga livets villkor; Kompetenser, kunskaper och utbildning; Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö; samt Inkomster och försörjningsmöjligheter. Detta då arbetet för jämlik hälsa genom insatser inom dessa områden, som har beskrivits i föregående kapitel, har varit eftersatt under ett antal år.

När det gäller målområde 7 Kontroll, inflytande och delaktighet ser Kommissionen det som en möjlighet att detta omfattas av en egen strategi och/eller integreras som ett perspektiv i arbetet på övriga områden.

Kommissionen bedömer att framtagandet av strategier skulle fylla flera funktioner. Dels skulle strategierna innehålla konkreta del- och etappmål som skulle tydliggöra inriktningen och prioriteringarna på respektive område och underlätta såväl styrning som uppföljning. Avsaknaden av delmål har som beskrivits i avsnitt 3.1 även lyfts som ett problem av Statskontoret. Dels skulle arbetet involvera alla berörda aktörer på alla samhällsnivåer. Detta skulle enligt Kommissionens bedömning i sin tur leda till goda förutsättningar för både väl förankrade mål och prioriteringar och ett tydligare ägarskap hos relevanta aktörer i hela processen från definition av

mål, till genomförande och uppföljning och utvärdering. Vidare skulle utarbetandet av strategier på samtliga prioriterade områden säkra den bredd i arbetet som Kommissionen menar behövs för att kunna nå en god och jämlik hälsa, i stället för att bara ha strategier på ett fåtal områden. I detta sammanhang kan det vara värt att åter understryka att detta delbetänkande behandlar det folkhälsopolitiska ramverket. Det innebär att vi här fokuserar på ”infrastrukturen” och den övergripande inriktningen för arbetet för en god och jämlik hälsa. Vi uttalar oss därför inte här om de föreslagna strategiernas konkreta innehåll. I Kommissionens slutbetänkande kommer vi däremot att utveckla vad Kommissionen anser är viktiga frågor att behandla under respektive målområde och även, i enlighet med vårt uppdrag, föreslå åtgärder.

En tänkbar invändning mot detta strategiarbete skulle kunna vara att det kan komma att innebära insatser (i vissa fall större, i vissa fall mindre) av många aktörer, åtminstone initialt. Vi menar dock att detta är en investering som måste göras om det ambitiösa målet om att sluta hälsoklyftorna inom en generation ska kunna nås. En annan tänkbar invändning är att det skulle kunna uppstå målkonflikter med mål på andra områden. Detta är en reell risk i denna typ av arbete på alla områden (oavsett strategiarbete eller inte), inte minst tvärsektoriella områden. Kommissionen bedömer dock att involverandet av berörda aktörer bör vara ett lämpligt sätt att hantera detta på. I utarbetande av del- och etappmål och återrapporteringskrav är det viktigt att åstadkomma en bra balans mellan tillit och kontroll i styrningen i enlighet med Tillitsreformens intentioner.

4.2 Ett utvecklat uppföljningssystem som möjliggör en analys av ojämlikhet i hälsa

Kommissionens förslag: Folkhälsomyndigheten bör ges i uppdrag att:

- Ytterligare utveckla sitt arbete med uppföljningen av folkhälsopolitiken. Arbetet bör ske i brett samarbete med relevanta aktörer. Uppföljningssystemet bör byggas kring en kärna av indikatorer som går att följa på nationell, regional och lokal nivå, samt som i möjligaste mån kopplar till EU- och internationell nivå och möjliggör en analys av socioekonomiska skillnader.
- Ansvara för en regelbunden och strukturerad uppföljning av ojämlikhet i hälsa bland grupper i särskilt utsatta situationer. Uppdraget bör genomföras i samverkan med berörda myndigheter och målgrupper.
- Arbeta för ökad spridning av resultaten av uppföljningen och att analysera hur resultaten kan göras så användbara som möjligt för relevanta aktörer.

Vidare bör regeringen tillse att:

- Folkhälsomyndigheten har tillgång till de mikrodata som behövs för myndighetens uppföljningsarbete.

Kommissionens förslag: Ett tillägg bör göras i förordningen om officiell statistik (SFS 2001:100) som föreskriver att all individbaserad officiell statistik, om det inte finns särskilda skäl mot detta, bör vara uppdelad efter socioekonomiska bakgrundsfaktorer.

4.2.1 Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ytterligare utveckla uppföljningen av folkhälsopolitiken med förstärkt jämlikhetsfokus

Folkhälsomyndigheten bör ges i uppdrag att ytterligare utveckla sitt arbete med uppföljningen av folkhälsopolitiken. Arbetet bör ske i brett samarbete med relevanta aktörer på alla samhällsnivåer. Uppföljningssystemet bör byggas kring en kärna av indikatorer som går att följa över tid på nationell, regional och lokal nivå, samt som i möjligaste mån kopplar till EU- och internationell nivå och möjliggör en analys av socioekonomiska skillnader.

Folkhälsomyndigheten har i enlighet med sin instruktion ansvar för:

- uppföljning av befolkningens hälsa,
- sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningfaktorer med utgångspunkt i folkhälsopolitikens målområden, samt
- att utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet.

Ett arbete för att utveckla uppföljningssystemet pågår hos Folkhälsomyndigheten. Inför fortsättningen av detta utvecklingsarbete vill Kommissionen lyfta ett antal aspekter som är särskilt viktiga att beakta. Generellt vill Kommissionen understryka vikten av samarbete med relevanta aktörer (t.ex. berörda myndigheter, SKL, civilsamhället m.fl.). En annan relaterad och viktig utgångspunkt kopplar till ambitionerna i regeringens arbete med den s.k. Tillitsreformen, vilken bl.a. syftar till att minska den administrativa bördan för myndigheter, kommuner och landsting. Det innebär i detta fall att Kommissionen vill betona att fokus för den uppföljning som görs bör ligga på sådant som konkret kan användas i utvecklingen av folkhälsopolitiken på olika samhällsnivåer – lokalt, regionalt och nationellt. Därav betoningen på vikten av samarbete med alla de aktörer som kan tänkas behöva bidra med data eller ha användning för uppföljningen.

I detta avsnitt behandlas den uppföljning av folkhälsopolitiken som åligger Folkhälsomyndigheten. Som har konstaterats i det föregående avsnittet har framför allt kommuner, landsting och regioner uttryckt önskemål om stöd från nationell nivå i sitt uppföljningsarbete. Detta behandlas i avsnitt 4.4 och 4.7.

Uppföljning av befolkningens hälsa

När det gäller Folkhälsomyndighetens uppföljning av befolkningens hälsa menar Kommissionen att de viktigaste aspekterna att utveckla är möjligheten att analysera socioekonomiska skillnader och att det finns en kärna av indikatorer på nationell, regional, lokal och EU- och internationell nivå. Som har beskrivits tidigare redovisas i den årliga rapporten *Folkhälsan i Sverige* socioekonomi endast i cirka en tredjedel av graferna och tabellerna.

Rapporteringen bör även fortsatt kunna göras årligen. Folkhälsomyndigheten beskriver på sin hemsida att rapporteringen där på sikt är tänkt att ersätta de årliga rapporterna. Kommissionen menar dock att det finns ett värde i den samlade rapportering som görs i dag (med beaktande av Kommissionens förslag till utveckling av densamma) och att denna bör göras även fortsättningsvis.

Kommissionen menar också att denna årliga rapportering bör ges en mer enhetlig struktur. Analyser av betydelse för förståelsen av hälsoutvecklingen i olika sociala grupper bör helst göras likartat för olika sjukdomar. Exempelvis har de senaste två rapporterna redovisat ojämlikheten i såväl insjuknande som dödlighet i cancer, vilket ger viktig information om hur ojämlikhet uppkommer. Motsvarande analyser har dock inte presenterats för andra sjukdomsgrupper.

Kommissionen menar vidare att det är angeläget att utveckla metodiken så att redovisningen ger en mer fyllig beskrivning av ojämlikhetens dynamik. Ett exempel på detta är att redovisa såväl centralmått som spridningsmått (se SOU 2016:55, s. 57–61).

Sektorsövergripande uppföljning av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer

När det gäller den sektorsövergripande uppföljningen av utvecklingen av folkhälsans bestämningsfaktorer är Kommissionen tveksam till huruvida den uppföljning med indikatorer som görs i dag har förutsättningar att vara tillräckligt djupgående för att vara meningsfull. Detta gäller i första hand uppföljningen med indikatorer på de målområden som handlar om utbildning, arbete, inkomst, försörjning, boende, närmiljö, inflytande och delaktighet. På alla dessa områden finns det ett flertal indikatorer, utvecklade inom respektive sak-

område. Att endast välja ut någon eller ett fåtal av dessa kan svårligen ge en fullständig bild av läget på dessa områden. I den rapportering som görs i dag görs inte heller konsekvent kopplingen mellan utvecklingen på målområdet och utvecklingen mot en god och jämlik hälsa, mer än att på ett övergripande sätt beskriva hur sambandet mellan t.ex. utbildning och hälsa ser ut. Kommissionen föreslår därför att det bör övervägas om rapporteringen på dessa områden i stället borde ske genom fördjupade rapporter på respektive område som tas fram i samarbete med berörda myndigheter, forskare och andra relevanta aktörer. Sådana fördjupningar bör lämpligen kopplas till de strategier som Kommissionen lyfter fram som centrala för att etablera såväl delmål som tvärspektoriellt ägarskap (se 4.1.3). Givet att detta strategiarbete enligt förslaget är tänkt att göras succesivt kan de fördjupade rapporterna med fördel följa samma rullande schema.

Utvärdering av insatser och metoder på folkhälsoområdet

Slutligen när det gäller uppdraget att utvärdera insatser och metoder på folkhälsoområdet har detta inte gjorts i någon större utsträckning. Som beskrivs i det föregående kapitlet har Folkhälsomyndigheten sett olika problem med att genomföra detta uppdrag. Utifrån att så många i Kommissionens enkäter uppger att de har behov av stöd med kunskap om verkningfulla metoder och insatser på folkhälsoområdet ser Kommissionen ett behov av en vidare diskussion kring den mer konkreta innebörden och omfattningen av ett sådant uppdrag och vilken eller vilka aktörer som borde ansvara för det. Vi återkommer till detta nedan.

4.2.2 Folkhälsomyndigheten bör ansvara för en regelbunden och strukturerad uppföljning av ojämlikhet i hälsa bland grupper i särskilt utsatta situationer

Folkhälsomyndigheten bör ges i uppdrag att ha huvudansvar för en regelbunden och strukturerad uppföljning av ojämlikhet i hälsa bland grupper i särskilt utsatta situationer. Uppdraget bör genomföras i samverkan med berörda myndigheter, målgrupper och andra relevanta aktörer.

I Folkhälsomyndighetens instruktion anges att myndigheten särskilt ska analysera hälsan och hälsans bestämningsfaktorer och hur bestämningsfaktorerna fördelas efter kön, etnisk eller kulturell bakgrund, socioekonomisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsnedsättning och ålder. Detta borde göras i myndighetens ordinarie uppföljningar i större utsträckning än i dag. I tillägg till detta bedömer Kommissionen att det finns behov av ytterligare uppföljning av hälsan i grupper i särskilt utsatta situationer.

När det gäller personer med funktionsnedsättning har Folkhälsomyndigheten under perioden 2011–2016 haft ett uppdrag inom regeringens strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken att följa upp hälsan och förutsättningar för hälsan bland personer med funktionsnedsättning (Socialdepartementet 2011). Myndigheten för delaktighet har under 2016 presenterat ett förslag till struktur för genomförande, uppföljning och inriktning inom funktionshindersområdet (Myndigheten för delaktighet 2016). I detta förslag nämns att Folkhälsomyndigheten även fortsatt bör vara en viktig aktör inom funktionshinderspolitiken och att arbetet med uppföljning av hälsan för personer med funktionsnedsättning fortsatt är viktigt. Förslaget från Myndigheten för delaktighet utgör ett underlag i arbetet med att ta fram en ny funktionshinderspolitik. Frågan bereds för närvarande i Regeringskansliet.¹ Utifrån Kommissionens perspektiv bör Folkhälsomyndigheten få ett fortsatt uppdrag att följa hälsan bland personer med funktionsnedsättning.

Som diskuterats i avsnitt 3.7 när det gäller analys av exempelvis situationen för hbtq-personer och nationella minoriteter finns det ett begränsat kunskapsunderlag, inte minst för att det finns uppenbara etiska och integritetsmässiga problem med att registrera exempelvis nationella minoriteter. Det saknas därför i flera fall såväl registerbaserade underlag som direkta möjligheter att identifiera dessa grupper för att nå ut med enkät- eller intervjustudier. För att det ska kunna vidtas lämpliga åtgärder för att främja en god och jämlik hälsa bland grupper i särskilt utsatta situationer bedömer Kommissionen att ett löpande uppdrag för Folkhälsomyndigheten att göra en strukturerad uppföljning av hälsan i dessa grupper är avgörande. Uppföljningen bör ske i nära samverkan med berörda målgrupper, myndigheter och andra relevanta aktörer.

¹ Enligt uppgift från ansvarig tjänsteperson vid Socialdepartementet.

4.2.3 Folkhälsomyndigheten bör ha tillgång till relevanta mikrodata

För att kunna bearbeta, samköra med andra register och analysera data på individnivå bör Folkhälsomyndigheten få direkt tillgång till relevanta mikrodata. Det handlar bl.a. om data som finns i Socialstyrelsens hälsodataregister men också data hos andra myndigheter. Som tidigare nämnts saknar Folkhälsomyndigheten i dag direkt tillgång till mikrodata och är därför hänvisade till att beställa färdigbearbetad statistik. Ett syfte med bildandet av Folkhälsomyndigheten var att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet. Att få möjlighet att arbeta direkt med mikrodata ger myndigheten en större flexibilitet att göra de analyser som de anser är nödvändiga för att fullgöra sitt uppdrag. Kommissionen anser därför att det är avgörande att vidta de åtgärder som behövs för att Folkhälsomyndigheten ska få tillgång till relevanta mikrodata och därmed lägga en viktig grund för ett kunskapsbaserat arbetssätt inom folkhälsoområdet.

4.2.4 Folkhälsomyndigheten bör arbeta för ökad spridning av resultaten av uppföljningen

Folkhälsomyndigheten bör ges i uppdrag att arbeta för en ökad spridning av resultaten av uppföljningen samt att analysera hur resultaten kan göras så användbara som möjligt för relevanta aktörer. Uppföljningen bör utformas och presenteras på ett sådant sätt att den kan användas i policyutveckling av relevanta aktörer, t.ex. i arbetet med att ta fram strategier för varje målområde och i det lokala och regionala arbetet för en god och jämlik hälsa.

När det gäller användningen av resultaten av uppföljningen visade Statskontorets utvärdering av uppföljningssystemet (2013) att resultaten främst användes av kommuner och landsting och av den ansvariga enheten för folkhälsofrågor vid Socialdepartementet. Användningen i övriga delar av Regeringskansliet var låg.

I Kommissionens enkätundersökningar framkommer att myndigheter, länsstyrelser, kommuner, landsting och regioner efterfrågar kunskap om såväl folkhälsoområdet, som folkhälsans bestämningsfaktorer och metoder och strategier på folkhälsoområdet. Det är

därför viktigt att föra en dialog med dessa aktörer för att uppföljningen ska vara så relevant som möjligt för samtliga berörda.

Kommissionen ser positivt på det utvecklingsarbete som pågår på Folkhälsomyndigheten, inte minst gällande utvecklingen av det webbaserade verktyget FolkhälsoStudio. Detta är sätt att tillgängliggöra data och kunskap. Det förutsätter dock i hög utsträckning att användarna själva söker upp informationen och vet vad de ska söka efter. Som ovan nämnts ser Kommissionen ett mervärde i en samlad årlig rapportering som innehåller en analys av läget och som inkluderar en analys av ojämlikhet i hälsa och dess orsaker. En sådan rapportering och en mer djupgående analys av läget när det gäller hälsans och dess bestämningsfaktorer, kopplad till prioriterade områden inom folkhälsopolitiken, bedömer Kommissionen skulle kunna ha ett stort värde för policyutveckling och arbete på såväl nationell, som regional och lokal nivå.

4.2.5 Ett tillägg i förordningen om officiell statistik för att förbättra möjligheterna att analysera ojämlikhet i hälsa

Kommissionen föreslår att det görs en förändring i förordningen om officiell statistik (SFS 2001:100) i syfte att förbättra möjligheterna att analysera ojämlikhet i hälsa. Detta skulle göras genom ett tillägg i förordningen av en paragraf som lyder: ”Individbaserad officiell statistik ska vara uppdelad efter socioekonomiska bakgrundsfaktorer om det inte finns särskilda skäl mot detta”.

I förordningen (14 §) finns krav på att individuppdelad statistik ska vara könsuppdelad. Kommissionen föreslår alltså att ett motsvarande tillägg görs för socioekonomiska bakgrundsfaktorer.

Kommissionen bedömer att en utvecklad officiell statistik som möjliggör analys av ojämlikhet i hälsa är en viktig grundförutsättning för kunskap och utveckling av insatser för en god och jämlik hälsa.

En sådan förändring skulle idealt sett vara kopplad till en specifik indikator på socioekonomisk position. Att peka ut en indikator på socioekonomisk position som entydigt är att föredra är dock av flera skäl svårt. För det första har olika indikatorer på socioekonomisk position, som utbildning, inkomst eller social position baserad på yrke både specifika och gemensamma egenskaper. De är alla tydligt kopplade till den sociala skiktningen av samhällen, men utbildning representerar också kunskaper och kompetenser tydligare,

inkomst speglar materiella förhållanden bättre och yrkesbaserad klass i sin tur arbetsförhållanden (Torssander och Erikson 2010). För det andra är därmed också kopplingen till hälsa delvis olika för dessa tre vanliga indikatorer på socioekonomisk position, även om sambandet nästan alltid går åt samma håll (högre position betyder bättre hälsa).

Att det inte utan vidare går att använda en av dessa indikatorer för att fånga den mer generella skiktningen av samhället bör dock inte vara en ursäkt för att avstå från att regelmässigt redovisa socioekonomi i officiell statistik. Här menar Kommissionen att det behövs såväl pragmatism som ett levande utvecklingsarbete inom statistikförande myndigheter, inte minst Statistiska centralbyrån (SCB). Med pragmatism avser vi att det är bättre att redovisa statistik uppdelat på den av dessa tre indikatorer på socioekonomi som är tillgänglig än att inte alls göra en sådan redovisning. Det är därvid viktigt att olika måtts styrkor och svagheter bedöms och redovisas samt att metoder och indikatorer kan utvecklas. Ett levande utvecklingsarbete bör inkludera olika sätt att överkomma de svagheter som finns i de enskilda måtten.

Samtidigt som Kommissionen således trycker på behovet av socioekonomisk uppdelning av officiell statistik, och menar att någon uppdelning är bättre än ingen, ser vi också ett behov av samordning och enhetlighet för att öka jämförbarhet och därmed användarvänlighet. Avvägningen mellan dessa delvis motstridiga krav måste dock göras av statistikproducenterna.

4.3 En stärkt tvärsektoriell struktur för arbetet för en god och jämlik hälsa i Regeringskansliet

Kommissionens förslag:

- Samordningen av folkhälsopolitiken i Regeringskansliet bör stärkas och organiseras på ett sådant sätt att det ges utrymme för ett tvärsektoriellt, strategiskt och långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa som omfattar alla målområden. Detta innebär såväl att verka för att ett folkhälso-/jämlik hälsaperspektiv integreras i berörda departements verksamheter, som för att lämpliga åtgärder vidtas.

- Nätverket i Regeringskansliet för jämlik hälsa bör omvandlas till en formell interdepartemental arbetsgrupp.
- Möjligheterna att utveckla jämlikhets/jämlik hälsa-budgetering bör övervägas.
- Det bör inrättas en nationell GD-grupp för god och jämlik hälsa.
- Det bör övervägas att inrätta ett Råd för god och jämlik hälsa med uppgift att främja forskning, utvärdering och dialog kring frågor om en god och jämlik hälsa.

4.3.1 Samordningen av folkhälsopolitiken i Regeringskansliet bör stärkas

Samordningen av folkhälsopolitiken i Regeringskansliet bör stärkas och organiseras på ett sådant sätt att det ges utrymme för ett tvärsektoriellt, strategiskt och långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa som omfattar alla målområden. Detta kräver en organisation av arbetet som *dels* möjliggör att aktivt, på ett löpande och långsiktigt sätt, bistå andra departement för att de på bästa sätt ska kunna integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv i sitt arbete och vidta lämpliga åtgärder. Detta handlar bl.a. om att bidra och bistå med kunskaper om folkhälsa och jämlik hälsa, metoder och strategier, samarbete kring lämpliga åtgärder och en tydlig samordning av arbetet gentemot det övergripande målet och målområdena inom folkhälsopolitiken. *Dels* kräver det en organisation för att arbeta med de frågor som ligger inom folkhälsopolitikens egna mandat och budget (såsom ANDT och hiv/aids). I dag ägnas såväl personella som finansiella resurser i första hand åt det senare arbetet och endast delar av en årsarbetskraft avsätts för samordning av den breda folkhälsopolitiken.² Som beskrivits tidigare bedrivs ett i flera avseenden framgångsrikt arbete på t.ex. ANDT- och hiv/aids-området och detta bör självfallet fortsätta och vidareutvecklas. För att uppnå god och jämlik hälsa måste dock fokus även läggas på övriga

² Vid jämförelse med andra enheter i Regeringskansliet som arbetar med tvärsektoriella frågor läggs väsentligt mindre personella resurser på samordning av folkhälsopolitiken än på samordningen av andra områden.

målområden genom ett brett sektorsövergripande arbete av de skäl som utvecklas i avsnitt 3.3.

Det finns ett behov av att återknyta till det angreppssätt som angavs som en central utgångspunkt för arbetet med folkhälsopolitiken i den folkhälsopolitiska propositionen från 2003. Där angavs att ett folkhälsoperspektiv ska genomsyra samtliga politikområden och att de myndigheter som har uppgifter eller verksamhet som direkt påverkar folkhälsan också ska beakta dess effekter på folkhälsan. Vidare angavs att myndigheterna aktivt ska arbeta för att den egna verksamheten eller ansvarsområdet bidrar till en positiv hälsoutveckling (se avsnitt 2.2). Arbetet med att främja integrering av ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv behöver alltså stärkas.

Det finns ingen vedertagen definition av vad integrering av ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv innebär i Sverige, men kan kopplas till tanken om "Health in All Policies", dvs. att hälsoperspektiv ska genomsyra alla politiska områden. WHO beskriver "Health in All Policies" som "ett tvärsektorielt angreppssätt när det gäller officiella policyer som på ett systematiskt sätt beaktar hälsokonsekvenser av beslut, söker synergier och där skadliga hälsokonsekvenser undviks i syfte att förbättra befolkningens hälsa och jämlikhet i hälsa" (WHO 2013, egen översättning). Denna definition är relativt generell och Kommissionen bedömer därför att det kan vara värdefullt att jämföra med definitioner av integrering av ett perspektiv ("mainstreaming") från något annat område.

Ett av de områden där det har arbetats länge med integrering av ett perspektiv som strategi för att uppnå uppsatta mål är jämställdhetsområdet. Den definition som oftast används på jämställdhetsområdet av jämställdhetsintegrering, såväl i Sverige som internationellt, härstammar från Europarådet. Enligt denna definition innebär jämställdhetsintegrering en "(om)organisering, förbättring, utveckling och utvärdering av beslutsprocesser, så att ett jämställdhetsperspektiv införlivas i allt beslutsfattande, på alla nivåer och i alla steg av processen, av de aktörer som normalt sett deltar i beslutsfattandet" (SOU 2015:86, s. 66).

Detta är en definition som bör kunna överföras och användas även på folkhälsoområdet. Innebörden av vad som i detta fall då är ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv bör anknytas till målet för folkhälsopolitiken. Detta skulle alltså innebära att analysen bör göras utifrån konsekvenser för målet om att skapa samhälleliga

förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och för de delmål som Kommissionen föreslår tas fram på de åtta målområdena.

Konkret kan ett sådant arbete innebära alltifrån ett aktivt arbete för att flytta fram positionerna när det gäller en god och jämlik hälsa i de gemensamma beredningarna av regeringsbeslut³ (ett steg i en sådan riktning skulle kunna vara att ta fram en strategi för integrering av folkhälsa/jämlik hälsa i Regeringskansliet i likhet med den som finns för jämställdhetsintegrering) till det föreslagna arbetet med att ta fram strategier för samtliga folkhälsopolitikens målområden. Ett annat exempel är den interdepartementala arbetsgrupp som föreslås i avsnitt 4.3.2. Självfallet bör detta angreppssätt tillämpas i arbetet med såväl nationella som internationella frågor.

Att arbeta med integrering av tvärsektoriella perspektiv är ett vanligt angreppssätt och som har blivit mer och mer etablerat och erkänt. Samtidigt bör det i sammanhanget nämnas att det även har riktats viss kritik mot integrering som strategi eller angreppssätt. När det gäller "Health in All Policies" har vissa kritiker menat att det är ett sätt att framhålla hälsa som ett viktigare värde än allt annat och att detta har resulterat i en form av "hälsoimperialism".⁴ Här vill Kommissionen framhålla en av våra främsta utgångspunkter, nämligen att i arbetet med de verksamheter som påverkar en god och jämlik hälsa utgå ifrån ojämlikhet i hälsa som ett resultat av ett *dynamiskt samspel* mellan olika centrala resurser i människors liv. Hälsa är en av dessa resurser, och är därmed både en förutsättning för och ett resultat av faktorer som t.ex. utbildning, arbete och boende – vilka skiljer sig påtagligt och systematiskt mellan människor i olika sociala positioner. Vi menar alltså inte att hälsa bör betraktas som

³ Genom att den svenska regeringen fattar sina beslut som kollektiv finns det ett krav på att regeringsbeslut ska beredas gemensamt i Regeringskansliet med samtliga departement och enheter vars frågor kan beröras av det aktuella beslutet. Denna procedur finns inte i många länder, men utgör en viktig resurs i arbetet med inte minst tvärsektoriella frågor. Den gemensamma beredningen som en central del av en löpande sektorsövergripande styrning av folkhälsoarbetet med utgångspunkt i fastlagda mål, och att frågor som berör folkhälsopolitikens målområden alltid ska beredas med ansvarig enhet på Socialdepartementet, beskrivs också i den folkhälsopolitiska propositionen från 2003.

⁴ I det underlagsdokument som WHO Europa lät producera inför det Nordisk-Baltiska högnivåmötet i oktober 2016 rörande implementering av Hälsa 2020-ramverket sägs bl.a. att "...hälsosektorn riskerar att bli kritiserad för "hälso-imperialism" för sina ansträngningar att inkorporera hälsa och jämlik hälsa generellt i alla sektorer och policy-områden" (Little & Brown 2016).

det allra viktigaste i alla lägen, utan snarare att en god och jämlik hälsa kan vara både ett mål i sig och ett medel för att nå målen inom t.ex. utbildnings- eller arbetsmarknadspolitiken. En annan kritik som har riktats mot integrering som angreppssätt, i detta fall jämställdhetsintegrering men det kan sannolikt även tillämpas på andra tvärsektoriella frågor, är att det finns en risk att det i första hand blir en ”teknisk övning” på tjänstemannanivå. Detta innebär att fokus hamnar på olika verktyg för att integrera perspektivet såsom checklistor, hemsidor och goda exempel snarare än på den kvalitativa delen av analysen (för en diskussion om detta se t.ex. Callerstig 2014).

Inte minst mot bakgrund av att det ofta finns flera olika perspektiv, ibland t.o.m. motstridiga sådana (det som ibland brukar benämnas perspektivträngsel), att beakta är det en reell utmaning att processen inte bara kommer att handla om ”kryss i rutor” i olika checklistor. En viktig förutsättning för att på ett genuint sätt kunna integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv är därför goda kunskaper om de mekanismer som orsakar ojämlikhet i hälsa, vilket flera andra av Kommissionens förslag har bäring på.

Även om det alltså kan finnas vissa invändningar mot integrering som strategi har den också många goda effekter. Det är också svårt att hitta bättre alternativ. Om en god och jämlik hälsa ska uppnås bedömer Kommissionen att det tvärsektoriella samordnande och stödjande arbetet i Regeringskansliet måste ges väsentligt högre prioritet än i dag. I detta sammanhang kan det vara värt att understryka att ansvaret för varje berört sakområde att integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv och att vidta lämpliga åtgärder alltjämt ligger på respektive sakområde, men samordningen och samarbetet med och stödet till dessa behöver utvecklas. Ett annat förtydligande som bör göras är att detta stärkta arbete naturligtvis behöver ske parallellt med arbetet med de frågor som ligger inom folkhälsopolitikens egna mandat och budget och med riktade insatser på andra områden med god och jämlik hälsa som huvudsakligt mål.

Slutligen vill vi mycket översiktligt beröra anslagen för folkhälsopolitiken i regeringens budget. Kommissionen avser inte att uttala sig om dem i detalj, men en logisk konsekvens av ett breddat arbete med samtliga målområden vore att detta återspeglades i vissa förändringar eller omprioriteringar inom budgeten för folkhälsopolitiken och den för närliggande områden såsom exempelvis de

medel som finns under anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård och anslag 1:8 Bidrag till psykiatri (prop. 2016/17:1, utgiftsområde 9). Vi återkommer till detta i kapitel 5.

4.3.2 Nätverket i Regeringskansliet för jämlik hälsa bör omvandlas till en formell interdepartemental arbetsgrupp

Det nätverk för jämlik hälsa i Regeringskansliet som har inrättats bl.a. som ett stöd i Kommissionens arbete bör formaliseras och institutionaliseras genom att det omvandlas till en interdepartemental arbetsgrupp (en s.k. IDA-grupp). Detta innebär i praktiken att deltagarna utses mer formellt, vilket ger deltagarna ett tydligare uppdrag, och att de ersätts om någon lämnar sin tjänst. Arbetsgruppen skulle utgöra en samordnande funktion på tjänstemannanivå i det generella folkhälsoarbetet och spela en viktig roll för arbetet med att ta fram strategier på samtliga målområden.

4.3.3 Möjligheterna att utveckla jämlikhets-/jämlik hälsa-budgetering bör prövas

Som ett förslag på något längre sikt menar Kommissionen att möjligheterna att införa jämlikhets- alternativt jämlik hälsa-budgetering bör prövas. Just nu pågår ett arbete inom Regeringskansliet med att införa jämställdhetsbudgetering. Jämställdhetsbudgetering innebär enligt regeringens nyligen presenterade skrivelse på jämställdhetsområdet ”en utvärdering av budgetpolitikens jämställdhetseffekter, integrering av jämställdhetsperspektivet på alla nivåer i budgetförfarandet, samt en omfördelning av inkomster och utgifter, i syfte att främja jämställdheten. En budget som främjar jämställdhet behöver utgå från jämställdhetsanalyser av förslag och reformer, så att vägval, prioriteringar och resurstilldelning återspeglar regeringens ambitioner för jämställdhet. Jämställdhetsbudgetering ska bidra till att göra konkret skillnad i människors vardag.” (skr. 2016/17:10, s. 88).

Då detta initiativ är relativt nytt bör det utvärderas innan det skulle kunna vara aktuellt att bygga vidare på och integrera antingen ett jämlikhetsperspektiv generellt, eller ett folkhälsa/jämlik hälsa-perspektiv i den statliga budgetprocessen. Sannolikt är även en

utveckling av den officiella statistiken så att socioekonomiska bakgrundsfaktorer synliggörs i högre utsträckning än i dag (i enlighet med Kommissionens förslag i avsnitt 4.2.5) en förutsättning för att kunna utveckla det aktuella förslaget. Då Kommissionen enligt direktiven har möjlighet att lägga förslag på såväl kort, som medellång och lång sikt vill vi lyfta denna idé som ett förslag på medellång sikt.

4.3.4 En nationell GD-grupp för en god och jämlik hälsa bör tillsättas

En nationell generaldirektörsgrupp för en god och jämlik hälsa bör tillsättas. Gruppen bör ledas av folkhälsoministern och samla generaldirektörer från de myndigheter som har närmast bäring på det övergripande målet för folkhälsopolitiken och de prioriterade målområdena, samt företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Gruppen skulle ha en samordnande och rådgivande roll på övergripande policynivå i utvecklingen av folkhälsopolitiken, med huvudsaklig uppgift att delta i arbetet med såväl utarbetande som genomförande och uppföljning av de strategier för de åtta målområden som föreslås i avsnitt 4.1.3. Utöver de samordnande uppgifterna skulle gruppen vid mötena ges uppdaterad information om folkhälsoläget och jämlik hälsa (om utveckling, forskning samt arbete på statlig, regional och lokal nivå på området) och deltagarna skulle få möjlighet att dela information om insatser som görs av varje myndighet med bäring på god och jämlik hälsa.

Som har berörts tidigare har Kommissionen identifierat 40 myndigheter, utöver Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna, som särskilt relevanta i arbetet för en god och jämlik hälsa. En del av dessa myndigheters kärnuppdrag ligger dock närmare arbetet med en god och jämlik hälsa än andras och det bör i första hand vara dessa myndigheters chefer som utses som ledamöter i den aktuella gruppen. Kommissionen bedömer att åtminstone följande myndigheter bör vara representerade: Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Barnombudsmannen, Boverket, Diskrimineringsombudsmannen, Folkhälsomyndigheten, Forte, Försäkringskassan, Livsmedelsverket, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor, SCB, Skolverket, Socialstyrelsen samt en representant för Länsstyrelserna. Mot bakgrund av kommuner, landsting och regioners viktiga roll i arbetet för en god och jämlik hälsa bör även SKL vara representerade i

gruppen. Även andra myndigheter bör kunna bjudas in efter behov vid särskilda tillfällen.

Liknande grupper har, som beskrivits i avsnitt 3.3.1, funnits tidigare. Under perioden 2003–2008 fanns en Nationell ledningsgrupp för folkhälsofrågor och under perioden 2011–2015 fanns ett nationellt råd för ANDT-frågor.

Den Nationella ledningsgruppen hade en ambitiös agenda, men det framgår av dokumentationen av gruppens arbete att deltagandet på mötena efterhand blev allt mindre och gruppen slutade under 2008 att samlas utan något formellt beslut om detta. Detta framgår inte av dokumentationen kring gruppens arbete men möjligen var ambitionen alltför hög med att ses relativt ofta och där inte alla alltid var berörda av temana för mötena. Även om olika myndigheter till olika möten hade särskilda uppdrag att rapportera hur deras verksamhet berördes av och skulle kunna bidra till att nå folkhälsopolitikens mål knöts inte detta till några konkreta åtgärder i övrigt. I och med den prioritering som gjordes på ett begränsat antal målområden efter den folkhälsopolitiska propositionen 2007/2008 blev en grupp med en så bred sammansättning sannolikt inte heller lika relevant. I stället inrättades ett särskilt ANDT-råd. Regeringen har i den nu gällande ANDT-strategin aviserat intentionen att återinrätta ett ANDT-råd.

Kommissionen menar att den föreslagna GD-gruppen bör ersätta detta tänkta råd och ansvara för samtliga områden inom folkhälsopolitiken, i enlighet med det Kommissionen i övrigt föreslår om ett förstärkt tvärsektorielt arbete med alla målområden. Till skillnad från Nationella ledningsgruppens relativt generella uppdrag skulle GD-gruppen ha ett mycket konkret huvudsakligt uppdrag i att fungera samordnande och rådgivande i det föreslagna strategiarbetet.

Ett tänkbart alternativ skulle vara att förtydliga/utöka uppdraget för och sammansättningen av Rådet för styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst (se avsnitt 2.5.4) till att också inkludera frågor om en god och jämlik hälsa. Folkhälsa har också lyfts fram som en prioriterad fråga av den s.k. Huvudmanna-gruppen som representerar kommuner och landsting (Statskontoret 2016). Kommissionen bedömer detta som positivt, men ser ändå den föreslagna GD-gruppen för god och jämlik hälsa som ett bättre alternativ. Dels för att uppdraget skulle vara bredare än att arbeta

med kunskapsstyrning, dels för att folkhälsopolitikens bredd förutsätter en delvis annan sammansättning av gruppen. Det är dock viktigt att det finns en kommunikation mellan en eventuell GD-grupp enligt detta förslag och Rådet för styrning med kunskap.

4.3.5 Det bör övervägas att inrätta ett Råd för en god och jämlik hälsa

Kommissionen menar att inrättande av ett Råd för god och jämlik hälsa bör övervägas. Vi avser att i vårt slutbetänkande återkomma med ett fullständigt förslag till ett sådant råd, men vill redan här peka på vikten av att en ny aktör ges uppgiften att på ett övergripande plan främja den dialog, forskning och utvärdering som behövs för ett kontinuerligt arbete för en god och jämlik hälsa. Som beskrivs i avsnitt 3.8 bedömer Kommissionen att det finns flera slags kapaciteter som behöver utvecklas. En sådan är att etablera en infrastruktur för dialog mellan forskning, politik och verksamhetsföreträdare kring de breda samhällsfrågor som berörs av en politik för god och jämlik hälsa. För detta krävs satsningar på tvärvetenskaplig forskning och forskarkompetens, men även en utveckling av utvärdering på såväl policy- som insatsnivå.

Kommissionens bedömning är att ett Råd för god och jämlik hälsa skulle vara en viktig del av en sådan infrastruktur. Detta råd skulle utgöra en plattform för dialog mellan politik, forskning och verksamheter, där de samhällsutmaningar och potentiella lösningar som politiken har att hantera kan bli belysta, granskade och diskuterade i vetenskapligt ljus. Värdet av ett särskilt forum för möten mellan forskning och politik där en hög grad av oberoende förenas med närhet till beslutsfattande har lyfts fram inom bl.a. den ekonomiska politiken.⁵ Inom en tvärasektoriell politik för god och jämlik hälsa är behovet och värdet av ett sådant forum eller en sådan plattform minst lika stort, om inte större.

⁵ Se direktiven för Expertgruppen för studier av offentlig ekonomi (dir. 2007:46): ”Regeringen lägger stor vikt vid analys och forskning som grund för den framtida ekonomiska politikens utformning. Det finns också ett behov av oberoende underlag för prövning av existerande verksamheter. Erfarenheterna av såväl ESO som ESS visar på värdet av att det finns ett särskilt forum för möten mellan forskning och politik där en hög grad av oberoende förenas med närhet till beslutsfattande. Expertgruppens övergripande uppdrag skall vara att bidra till att bredda och fördjupa underlaget för framtida finanspolitiska och samhälls-ekonomiska avgöranden.”

Det finns flera konkreta skäl till detta. För det första behöver de frågor som politiken har att lösa ofta aktivt föras in i forskningsdiskussionen, helt enkelt därför att de frågor som är inomvetenskapligt viktiga oftast lyfts fram av helt andra orsaker. För det andra skapar en mer permanent plattform av det slag vi avser både en efterfrågan på och stimulans av bredare teman och frågeställningar. På detta sätt kan således en plattform för dialog mellan politik och forskning i sig bli en motor för såväl utvärderings- och forskningsinsatser, offentlig debatt och för en bredare forskningsbas för politiska förslag och debatter. För att uppnå detta fullt ut behöver sannolikt expertis från olika välfärdsverksamheter också vara företrädare i rådet.

Kommissionen avser som nämnts att återkomma i sitt slutbetänkande med en vidare diskussion och mer konkreta förslag avseende denna plattform, i form av ett Råd för god och jämlik hälsa. Preliminärt bedömer vi att huvuduppdraget för det tänkta rådet skulle vara att fungera som en oberoende rådgivare åt regeringen i frågor om en god och jämlik hälsa. Detta skulle innebära 1) att ha en löpande dialog med berörda departement, 2) att beställa och presentera forskningsrapporter om jämlik hälsa som berör de åtta föreslagna målområdena för folkhälsopolitiken, samt 3) att initiera och stödja utvärderingar av olika åtgärder och reformer i förhållande till uppsatta mål i folkhälsopolitiken. Det senare kan röra sig om både åtgärder och reformer med god och jämlik hälsa som huvudsakligt mål och om mer generella åtgärder och reformer och dess effekter när det gäller en god och jämlik hälsa. Huvudmottagaren av de rapporter och utvärderingar gruppen tar fram skulle vara regeringen, men kunskapen bör sedan spridas vidare till andra relevanta aktörer. Gruppen bör även kunna ha en expertroll i framtagandet av de strategier som Kommissionen föreslår i avsnitt 4.1.3.

Den kunskap som skulle tas fram av rådet skulle komplettera den kunskap som tas fram av Folkhälsomyndigheten i uppföljningssystemet för folkhälsopolitiken. När det gäller Folkhälsomyndighetens uppdrag att utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet bör innebörden av detta och huruvida det borde ligga kvar på myndigheten (se diskussion om detta i avsnitt 3.7) diskuteras i ljuset av det eventuella inrättandet av ett Råd för god och jämlik hälsa. Om ett råd skulle inrättas är det generellt viktigt att ansvarsfördelningen

mellan rådet och Folkhälsomyndigheten är tydlig för att undvika dubbelarbete och rollkonflikter.

Förlagor för ett råd av detta slag saknas inte. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (dir. 2007:46) har redan nämnts, men även Sociala rådet (dir. 2007:161)⁶ och Expertgruppen för biståndsanalys (dir. 2016:71)⁷ skapades för att hantera liknande frågor. De funktioner vi menar borde läggas på ett nytt råd innebär att även Finanspolitiska rådet i viss mån kan stå som modell (SFS 2011:446).

Den del av det här skisserade Rådet för god och jämlik hälsa som avviker från flera av nämnda förlagor är en möjlig roll som ”kunskaps-/policylabb” som skulle stödja och bistå med utvärderingar av nya insatser och metoder inom de verksamheter som påverkar jämlik hälsa på såväl nationell, som regional och lokal nivå. Detta i syfte att kunna lyfta nya och intressanta exempel och föra dessa vidare i en bredare kontext. Det är ett behov som har lyfts i såväl Kommissionens enkäter som i dialog med olika aktörer.

4.4 Folkhälsomyndighetens samordnande och stödjande roll bör förtydligas och stärkas

Kommissionens förslag: Folkhälsomyndighetens uppdrag bör förtydligas och stärkas. Det bör av myndighetens instruktion framgå att Folkhälsomyndigheten har ansvar för att:

- Verka för att målen inom folkhälsopolitiken uppnås.

⁶ För att på ett mer effektivt sätt än i dag ta till vara aktuell kunskap, såsom nya forskningsrön på det sociala området, och främja utbytet mellan forskning och politik ska ett råd med välmeriterade forskare tillsättas av regeringen. Utöver dessa adjungeras generaldirektörerna för Försäkringskassan och Socialstyrelsen till rådet. Rådets uppgift är att bidra till att bredda och fördjupa underlaget för framtida socialpolitiska avgöranden. Rådets verksamhet delas in i två huvudområden:

- Att vara rådgivare till regeringen i frågor inom det sociala området.

- Att förse regeringen med relevant kunskap för utformning av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden. (dir. 2007:16).

⁷ Expertgruppen ska kontinuerligt utvärdera och analysera Sveriges internationella bistånd, och därigenom bidra till kunskap som grund för regeringens utveckling och styrning av biståndet. Expertgruppen ska beställa eller genomföra samt kommunicera utvärderingar, analyser och studier av hög kvalitet avseende biståndets genomförande, resultat och effektivitet. Expertgruppen ska ha en oberoende ställning i relation till det som den granskar och ska självständigt svara för val av studier och för kvalitet (dir. 2016:71).

- Verka för att ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv utifrån folkhälsopolitikens mål och målområden integreras i relevanta statliga myndigheters verksamhet samt att bidra till samverkan kring och samordning av statliga insatser för att främja en god och jämlik hälsa.
- Stödja kommuner, landsting och regioner i deras arbete med utveckling och uppföljning en kunskapsbaserad sektorsövergripande politik för en god och jämlik hälsa.
- Stödja länsstyrelserna i deras folkhälsopolitiska uppdrag.

Kommissionens förslag: Som en konsekvens av förslagen ovan bör regeringen tillse att Folkhälsomyndigheten har nödvändiga resurser för att inrätta en organisation som motsvarar detta förtydligade uppdrag.

4.4.1 Folkhälsomyndigheten bör verka för att målen inom folkhälsopolitiken uppnås

I dag uttalas inte kopplingen till själva folkhälsopolitiken och dess övergripande mål i Folkhälsomyndighetens instruktion. Den inledande paragrafen lägger i stället fast att ”Folkhälsomyndigheten ska verka för god folkhälsa ...” (SFS 2013:1020). Här görs alltså ingen uttalad koppling till varken det övergripande målet om att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen eller till jämlik hälsa. Detta är särskilt problematiskt eftersom målformuleringen också omfattar utgångspunkten för hela folkhälsopolitiken, nämligen om att det handlar om att *skapa samhällseliga förutsättningar* för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Ur Kommissionens perspektiv är det också viktigt att tydliggöra fokus på jämlik hälsa i instruktionen.

I instruktionerna för andra tvärssektoriella myndigheter, t.ex. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF (SFS 2015:49, 2 §), Naturvårdsverket (SFS 2012:989, 1 §) och Myndigheten för delaktighet (SFS 2014:34, 4 §) framgår det tydligt att myndigheterna ska verka för att målen för respektive politikområde uppnås. Kommissionen menar att så även bör vara fallet i instruktionen för Folkhälsomyndigheten.

Att tydligt uttala uppgiften att verka för att folkhälsopolitiska mål uppnås är också viktigt utifrån det som har konstaterats tidigare om att fokus för arbetet på såväl nationell, som på lokal och regional nivå har kommit att hamna mycket på de områden som ligger inom folkhälsopolitikens egna mandat och budget. För Folkhälsomyndighetens del har detta inneburit ett starkt fokus på smittskydd (sedan sammanslagningen av Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet 2014), ANDT och hiv/aids. Om en god och jämlik hälsa ska uppnås behövs ett bredare angreppssätt. Folkhälsomyndighetens fokus i första hand på nämnda frågor har också lyfts som ett problem av länsstyrelser, kommuner, landsting och regioner i deras svar på Kommissionens enkäter.

4.4.2 Folkhälsomyndigheten bör verka för att ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv integreras i relevanta statliga myndigheters verksamheter, samverkan och samordning

För att nå målet om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa är det avgörande att relevanta myndigheter har tydliga uppdrag i förhållande till folkhälsopolitiken och integrerar ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv i sitt arbete. Detta var intentionen i den folkhälsopolitiska propositionen från 2003, men kopplingen mellan relevanta myndigheter och folkhälsopolitiken har försvagats avsevärt de senaste tio åren. När det gäller uppdrag till relevanta myndigheter återkommer vi till det nedan.

För att myndigheterna ska kunna integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv i sina verksamheter behövs förutom tydliga uppdrag också stöd i detta arbete, bl.a. med kunskap om hälsa och dess bestämningsfaktorer. Folkhälsomyndigheten bör ansvara för att ge detta stöd och för att bidra till samordning och samverkan kring insatser för att främja en god och jämlik hälsa. I Kommissionens enkäter framkom att endast 15 av 37 myndigheter hade samarbetat med eller fått stöd av Folkhälsomyndigheten (se avsnitt 3.6). Det framkom vidare att stödet/samarbetet var begränsat till ett fåtal av dagens elva målområden.

Avseende ett uttalat uppdrag att verka för att relevanta myndigheter integrerar ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv är detta ett arbete som måste ske löpande och långsiktigt. Vad arbete med in-

tegrering av ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv innebär utvecklas i avsnitt 4.6.1. I ett inledande skede ser Kommissionen två konkreta exempel på aktiviteter som skulle kunna initieras:

- En utbildningsinsats kring jämlik hälsa (hur läget ser ut i Sverige, hur de av Kommissionen föreslagna åtta målområdena hänger ihop med jämlik hälsa osv.). Denna utbildning skulle i ett första skede riktas mot relevanta myndigheter. Utbildningen skulle i ett andra steg kunna erbjudas kommuner, landsting och regioner.
- Utarbetande av s.k. ”policy briefs” på ett antal prioriterade områden (i första hand de med fokus på sambanden mellan en god och jämlik hälsa och de åtta föreslagna målområdena, men de kan även röra t.ex. metoder för integrering av ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv och dylikt) och sprida dessa till relevanta aktörer. Sådana utarbetas exempelvis i England och Norge av forskare på uppdrag av ansvarig myndighet (se SOU 2016:55).

Som jämförelse kan nämnas att ansvar för att verka för att ett sektorsövergripande perspektiv införlivas i andra myndigheters verksamheter, liksom samordnande uppgifter, ingår som ett uppdrag i instruktionen för Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (SFS 2015:49, 4 §). På jämställdhetspolitikens område har Genussekretariatet vid Göteborgs universitet ett sådant uppdrag, inom ramen för utvecklingsprogrammet Jämställdhetsintegrering i statliga myndigheter (JiM). Syftet är att stödja myndigheternas arbete med jämställdhetsintegrering under 2015–2018 (Utbildningsdepartementet 2014). Detta uppdrag är tänkt att överföras till en planerad ny jämställdhetsmyndighet (skr. 2016/17:10).

När det gäller ett uttalat uppdrag om att bidra till samverkan kring och samordning av statliga insatser för att främja en god och jämlik hälsa skulle en prioriterad sådan uppgift kunna vara att ha en samordnande roll på myndighetsnivån för det strategiarbete som nämns i avsnitt 4.1.3.

4.4.3 Folkhälsomyndigheten bör stödja kommuner, landsting och regioner i deras arbete för en god och jämlik hälsa

Folkhälsomyndigheten bör ha ett uttalat uppdrag att stödja utvecklingen av ett sektorsövergripande arbete för god och jämlik hälsa och uppföljning av detsamma i kommuner, landsting och regioner. Det behov av stöd som framkommer i Kommissionens enkäter handlar bl.a. om stöd med kunskap om folkhälsa generellt och om jämlik hälsa, om metoder och strategier, med statistik och data, underlag för prioriteringar i arbetet och med samordning av statliga insatser. Stödet kan ta formen av t.ex. utbildningar och så kallade ”policy briefs” på samma sätt som för myndigheterna. Det bör även kunna röra sig om stöd till exempelvis olika typer av erfarenhetsutbyten och nätverk.

När det gäller att stödja kommuner, landsting och regioner i deras arbete med statistik- och uppföljningsfrågor bör särskild prioritet ges till arbete med att utveckla metodik och former för statistik och uppföljning som möjliggör analyser av ojämlikhet i hälsa. I Kommissionens enkätundersökningar framkommer att såväl kommuner som landsting och regioner efterfrågar stöd med nedbrytbara och verksamhetsnära indikatorer som möjliggör jämförelse mellan kommuner, landsting och regioner och med uppföljningsfrågor generellt. Av enkäterna framgår också att det finns behov att på ett bättre sätt kunna följa upp och analysera ojämlikhet i hälsa. Stödet bör kunna ta olika former och bör lämpligen utformas i dialog mellan Folkhälsomyndigheten och företrädare för kommuner, landsting och regioner.

Folkhälsomyndigheten ska redan i dag enligt sin instruktion bl.a. identifiera, analysera och förmedla för ansvarsområdet relevant kunskap till berörda i kommuner, landsting och andra samhällssektorer. Myndigheten ska också framställa statistik inom folkhälsoområdet och främja tillgång till sådan statistik. Däremot nämns inte att Folkhälsomyndigheten ska stödja kommuner, landsting och regioner i deras arbete med framtagande av statistik och med uppföljning inom ramen för det folkhälsopolitiska arbetet. I sitt arbete med undersökningen *Hälsa på lika villkor* kan landsting och regioner välja att utöka antalet enkäter med ett tilläggsurval och även lägga till frågor i enkäten. I relation till denna undersökning bör det

diskuteras om anpassningen till landstings, regioners och kommuners lokala och regionala behov kan öka.

Ett gott exempel för samarbete med den kommunala nivån kring uppföljning som Kommissionen vill lyfta fram i detta sammanhang är det stöd som MUCF (tidigare Ungdomsstyrelsen) ger kommuner i utvecklingen av Lokal uppföljning av ungdomspolitiken, de s.k. Lupp-undersökningarna. Verktuget Lupp utarbetades av dåvarande Ungdomsstyrelsen, tillsammans med ett antal kommuner. Syftet med Lupp är att stimulera sektorsövergripande processer och en helhetssyn på unga, ge kunskap om de unga som lever i kommunen och därigenom ge politiker och tjänstemän underlag i beslutsprocesser och utvecklingen av en kunskapsbaserad lokal ungdomspolitik. Enkäterna riktar sig till ungdomar i tre olika åldersgrupper. Under perioden 2002–2013 har 152 kommuner, fyra stadsdelar/kommundelar, två län och två regioner genomfört Lupp. Av de 152 kommunerna har 95 (59 procent) genomfört Lupp fler än en gång. Arbetet med att genomföra undersökningen är ett samarbete mellan MUCF och de enskilda kommunerna. Myndigheten erbjuder själva enkäterna, lagrar och levererar data, erbjuder information, stöd och erfarenhetsutbyte samt tillhandahåller det webbaserade analysverktyget W-lupp. Den enskilda kommunen står för att förankra undersökningen lokalt, genomföra den, analysera materialet, skriva en rapport, sprida resultatet i kommunen, utarbeta en lokal ungdomspolitik och genomföra insatser utifrån den kunskap som kommer fram i undersökningen.

Även om MUCF ansvarar för utvecklingen av enkäten är det kommunen som står som avsändare av den lokala undersökningen. Ungdomspolitiken är liksom folkhälsopolitiken sektorsövergripande och Lupp berör de fem områden som ungdomspolitiken omfattar. Lupp har utvärderats vid två tillfällen, 2009 och 2014. I utvärderingen från 2014 framkom att i princip samtliga kommuner är nöjda med Lupp som verktyg och med MUCF:s stöd under processen som helhet, såväl 2009 som 2014. 86 procent av kommunerna i utvärderingen 2014 menade att Lupp har bidragit till förändringar av den lokala ungdomspolitiken (jämfört med 74 procent 2009) och 71 procent av kommunerna ansåg att Lupp har bidragit till sektorsövergripande samverkan kring ungdomsfrågor (jämfört med 59 procent 2009). De kommuner som var missnöjda hade dock

många gånger inte haft användning av rapporten och/eller inte lyckats förändra den lokala ungdomspolitiken (MUCF 2014).

4.4.4 Folkhälsomyndigheteten bör stödja länsstyrelserna i deras folkhälsopolitiska uppdrag

Länsstyrelserna har ett brett folkhälsopolitiskt uppdrag. Samtidigt har de ett mer detaljerat samordnande uppdrag inom ANDT-frågorna (se avsnitt 2.5.2 och 3.5.2) som i många fall får prioritet framför ett brett arbete för en god och jämlik hälsa. Länsstyrelserna uttrycker själva ett stort behov vad gäller bl.a. utveckling av regeringsuppdraget kring folkhälsa och kunskap om jämlik hälsa. Som samordande myndighet med uppdrag att arbeta med kunskapsstöd bör Folkhälsomyndigheten samarbeta närmare med länsstyrelserna och stödja dem i deras folkhälsopolitiska uppdrag med motsvarande exempel på insatser som nämns för övriga myndigheter samt kommuner, landsting och regioner. Länsstyrelserna bör också kunna fungera som en (av flera) länkar för kunskapsöverföring mellan nationell, lokal och regional nivå samt sinsemellan.

4.4.5 Regeringen bör tillse att Folkhälsomyndigheten har nödvändiga resurser för att inrätta en organisation som motsvarar detta förtydligade uppdrag

Regeringen bör tillse att Folkhälsomyndigheten, som följd av förslagen kring förändringar i myndighetens uppdrag, har nödvändiga resurser för att inrätta en organisation som motsvarar ett förtydligt och stärkt uppdrag.

4.5 Länsstyrelsernas uppdrag inom folkhälsopolitiken bör förtydligas

Kommissionens förslag: Länsstyrelsernas breda uppdrag inom folkhälsopolitiken och fokus på jämlik hälsa bör förtydligas.

Länsstyrelsernas breda uppdrag inom folkhälsopolitiken och fokus på jämlik hälsa bör förtydligas genom instruktionsändringar.

Som har beskrivits i avsnitt 2.5.2 har länsstyrelserna ett särskilt generellt ansvar för frågor som rör folkhälsa. De har även i uppgift att verka för att målet för folkhälsopolitiken uppnås genom att folkhälsan beaktas inom länsstyrelsernas arbete med bl.a. regional tillväxt, samhällsplanering, krishantering samt alkohol och tobak. Länsstyrelserna ansvarar även för samordning av ANDT-frågor och vid varje länsstyrelse finns det en särskild samordningsfunktion för detta.

Av länsstyrelsernas svar på Kommissionens enkät framgår att tyngdpunkten för länsstyrelsernas folkhälsoarbete i huvudsak ligger på ANDT-frågorna, samt i viss mån på frågor kring föräldrastöd. Många beskriver också ett internt arbete med att integrera ett folkhälsoperspektiv i länsstyrelsernas andra verksamheter i enlighet med instruktionen (5 § art. 6). Inom flera länsstyrelser samordnas folkhälsoarbetet med exempelvis arbetet med integration och jämställdhet. Detta ser Kommissionen positivt på och vill uppmuntra till en fortsatt sådan utveckling. När det gäller ett bredare arbete för att verka för att folkhälsopolitikens mål ska få genomslag i länet (3 § art. 12 i instruktionen) förefaller det vara lägre prioriterat än ANDT-arbetet hos de flesta. Det framgår att vissa länsstyrelser inte tycks ha uppfattat att detta skulle vara ett uttalat uppdrag. I jämförelse med kommuner, landsting, regioner och myndigheterna utmärker sig länsstyrelserna genom att i låg grad ha jämlik hälsa som ett uttalat mål i interna dokument. Detta är problematiskt då länsstyrelserna har i uppdrag för att verka för att nationella mål ska få genomslag i länet.

Länsstyrelserna uttrycker också själva att de ser ett stort behov av utveckling på området. De främsta utvecklingsområdena uppges vara a) uppdrag från regeringen som rör folkhälsa och/eller jämlik hälsa, b) stöd från och samarbete med Folkhälsomyndigheten samt c) tillgång till resurser.

Alla dessa faktorer är något som kan, och Kommissionen anser bör, åtgärdas inom ramen för styrningen av folkhälsopolitiken. Kommissionen menar att ansvaret för att verka för folkhälsopolitikens målsättningar som helhet, dvs. inte bara för ANDT-frågorna, bör framgå tydligare av länsstyrelsernas instruktion. Länsstyrelserna bör kunna fungera som en länk mellan den nationella myndighetsnivån

och den lokala och regionala nivån och komplettera det arbete som Folkhälsomyndigheten i avsnitt 4.4. föreslås utveckla (detta som komplement till direktkontakter mellan Folkhälsomyndigheten och kommuner, landsting och regioner). Länsstyrelserna bör på ett aktivt sätt samverka med kommuner, landsting och regioner i utvecklingen och uppföljningen av en kunskapsbaserad och sektorsövergripande politik för en god och jämlik hälsa utifrån de förutsättningar och behov som identifieras på lokal och regional nivå.

Förtydligandet bör kunna göras genom ett tillägg av en paragraf i länsstyrelseinstruktionen liknande den som handlar om att Länsstyrelsen ska verka för att det generationsmål för miljöarbetet och de miljö kvalitetsmål som riksdagen har fastställt nås (5 a §). Ett sådant tillägg bör lyda:

”Länsstyrelsen ska verka för att målen för den nationella folkhälsopolitiken får genomslag på lokal och regional nivå genom att bidra till samordningen av det regionala arbetet för en god och jämlik hälsa. Länsstyrelsen ska samverka med kommuner, landsting och regioner i utvecklingen av en kunskapsbaserad och sektorsövergripande politik för en god och jämlik hälsa på lokal och regional nivå. Arbetet ska ske i nära samarbete med Folkhälsomyndigheten”.

När det gäller miljöarbetet kan det noteras att skrivningen om samordning är starkare, dvs. att länsstyrelsen *ska* samordna arbetet. Anledningen till att vi här i stället föreslår att formulera det som att *bidra till samordningen* är att det på vissa håll redan finns en god regional samordning under ledning av t.ex. en region eller ett landsting (jämför t.ex. de regionala kommissioner för jämlik hälsa som beskrivs i SOU 2016:55). Länsstyrelsen bör anpassa sitt agerande utifrån olika regionala förhållanden och förutsättningar. Detta framgår också av 2 § i länsstyrelseinstruktionen (SFS 2007:825).

I arbetet med att stödja kommuner, landsting och regioner i utvecklingen av en kunskapsbaserad politik för god och jämlik hälsa ska länsstyrelserna dels ta utgångspunkt i den nationella folkhälsopolitiken, dels i kunskaper och erfarenheter från respektive läns kommunala och regionala arbete. Länsstyrelserna bör även kunna verka för att de senare sprids vidare till andra län och till den nationella nivån.

Eftersom detta i första hand rör sig om ett förtydligande av ett uppdrag som redan framgår av länsstyrelseinstruktionens 3 § art. 12 bör extra resurser inte nödvändigtvis utgå för uppdraget. Kommis-

sionens preliminära bedömning är dock att det i praktiken skulle innebära en ambitionshöjning, se vidare kapitel 5. Den slutliga bedömningen bör göras av regeringen i dialog med länsstyrelserna.

4.6 Relevanta myndigheter bör ges i uppdrag att bidra i arbetet med en god och jämlik hälsa

Kommissionens förslag:

- Relevanta myndigheter bör senast 2018 få uppdrag i sina instruktioner att integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv i sin verksamhet samt att i sina årsredovisningar rapportera hur detta arbete har bedrivits och effekterna av detsamma.
- Relevanta myndigheter bör få i uppdrag att medverka i framtagande, genomförande och uppföljning av de strategier som föreslås i avsnitt 4.1.3.

4.6.1 Relevanta myndigheter bör få uppdrag i sina instruktioner att integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv

Relevanta myndigheter bör senast 2018 få uppdrag i sina instruktioner att integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv i sin verksamhet samt att i sina årsredovisningar rapportera hur detta arbete har bedrivits och effekterna av detsamma. De 40 myndigheter, utöver Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna, som Kommissionen har identifierat som särskilt relevanta i arbetet för en god och jämlik hälsa listas i bilaga 2.

Den breda tvärspektoriella ansatsen i den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 bygger på att alla berörda myndigheter behöver bidra för att kunna nå målet för folkhälsopolitiken. Som har konstaterats tidigare har dock endast 2 av 40 undersökta myndigheter (utöver Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna) uttalade uppdrag i förhållande till hälsa eller folkhälsa. Även om vissa myndigheter i sina svar på Kommissionens enkät uppger att de arbetar med folkhälsa och jämlik hälsa på olika sätt, relaterar myndigheterna till och känner sig berörda av folkhälsopolitiken i betydligt lägre utsträckning än kom-

muner, landsting och regioner. Detta bedömer Kommissionen är en central utmaning att hantera om målet om en god och jämlik hälsa ska kunna nås.

Kommissionen föreslår därför att relevanta myndigheter bör få ett uttalat uppdrag att aktivt integrera ett folkhälso-/jämlik hälsaperspektiv i sitt arbete. Då detta avser ett löpande och långsiktigt uppdrag bör det formuleras i myndigheternas instruktioner. Utgångspunkterna för innebörden av att integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv beskrivs i avsnitt 4.3.1.

Vad som i praktiken bör anges i relevanta myndigheters instruktioner kan variera och vara mer eller mindre verksamhetsanpassat. Om vi även här jämför med jämställdhetsområdet är de tre vanligaste skrivningarna i myndigheternas instruktioner av karaktären: myndigheten ska: 1) integrera ett jämställdhetsperspektiv/integrera ett jämställdhetsperspektiv i förhållande till andra perspektiv, eller 2) särskilt belysa effekterna för kvinnor och män/beakta kvinnors och mäns villkor eller förutsättningar, eller 3) redovisa resultat och/eller statistik med kön som övergripande indelningsgrund. Vissa myndigheter har flera av dessa typer av skrivningar (SOU 2015:86).

Kommissionen kan inte på ett generellt plan bedöma vilken eller vilka typer av skrivningar som skulle vara de mest lämpliga för de myndigheter som har identifierats som relevanta i arbetet för en god och jämlik hälsa. En motsvarighet för god och jämlik hälsa av samtliga av dessa tre typer av skrivningar bedöms dock som goda utgångspunkter. Vilken typ av skrivning och exakt vilka myndigheter som bör omfattas av detta arbete med integrering av ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv bör beslutas i dialog mellan den för folkhälso-politiken ansvariga enheten på Socialdepartementet och berörda departement och enheter. När relevanta myndigheter har fått denna typ av uppdrag i sina respektive instruktioner är det av stor vikt att dessa också följs upp i myndigheternas årsredovisningar.

Myndigheterna bör ges adekvat stöd av Folkhälsomyndigheten i arbetet med att integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv (se avsnitt 4.4.2).

4.6.2 Relevanta myndigheter bör få i uppdrag att medverka i arbetet med strategier för samtliga målområden

Relevanta myndigheter bör få i uppdrag att medverka i framtagande, genomförande och uppföljning av de strategier som föreslås i avsnitt 4.1.3, samt att deras respektive generaldirektörer bör utses som medlemmar i den GD-grupp för god och jämlik hälsa som föreslås i avsnitt 4.3.4. Inkluderandet av alla relevanta aktörer i folkhälsoarbetet, tydliga uppdrag och en tydlig ansvarsfördelning är av stor vikt varför Kommissionen bedömer att dessa uppdrag bör uttalas formellt i regleringsbrev eller särskilda regeringsbeslut.

4.7 Kommuner, landsting och regioner bör prioritera ett långsiktigt tvärsektorielt arbete för en god och jämlik hälsa och ges stöd i detta arbete

Kommissionens förslag:

- Kommuner, landsting och regioner bör prioritera ett långsiktigt tvärsektorielt arbete för en god och jämlik hälsa.
- Kommuner, landsting och regioner bör ges adekvat statligt stöd i arbetet för en god och jämlik hälsa.
- Det bör tillsättas en statlig utredning för att analysera om lagstödet för arbete för en god och jämlik hälsa kan utvecklas i syfte att skapa bästa möjliga förutsättningar för arbetet och att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan stat, kommuner, landsting och regioner. Utredningen bör också analysera styrning med ekonomiska incitament som alternativ till ny eller existerande lagstiftning.

4.7.1 Kommuner, landsting och regioner bör prioritera ett långsiktigt tvärsektoriellt arbete för en god och jämlik hälsa

Kommissionen föreslår att kommuner, landsting och regioner bör prioritera ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa och att arbeta med frågan på ett tvärsektoriellt sätt. Kommuner, landsting och regioner är centrala aktörer i arbetet för en god och jämlik hälsa. Många kommuner, landsting och regioner bedriver redan i dag ett aktivt arbete för en god och jämlik hälsa, vilket välkomnas av Kommissionen. Detta arbete har på vissa platser kommit långt och utgår från en bred ansats som omfattar de flesta politikområden. På andra håll är arbetet inriktat på ett begränsat antal av de områden som påverkar hälsa och ojämlikhet och det finns fortfarande allt för många kommuner och även ett antal landsting och regioner som inte förefaller prioritera eller bedriva ett organiserat och aktivt arbete för en god och jämlik hälsa. Om hälsoklyftorna ska kunna slutas inom en generation krävs ett aktivt arbete i hela landet på lokal, regional och nationell nivå.

Då vi är en statlig Kommission och med beaktande av den kommunala självstyrelsen kan vi inte lägga ”skarpa” förslag direkt riktade till kommuner, landsting och regioner om hur de bör organisera sitt arbete med en god och jämlik hälsa. Kommissionen vill dock uppmuntra såväl de kommuner, landsting och regioner som redan i dag arbetar aktivt med en god och jämlik hälsa att fortsätta att utveckla sitt arbete och de, som av olika skäl inte prioriterar sådant arbete, att lyfta upp frågan högt upp på dagordningen. Utöver detta berör vi i delbetänkandet olika typer av statliga styrmedel för att främja ett lokalt och regionalt arbete för en god och jämlik hälsa i form av lagstiftning, samt styrning genom kunskap, uppföljning och ekonomiska incitament.

Nedan illustreras Kommissionens förslag till målområden med exempel på kommuners, landstings och regioner obligatoriska respektive frivilliga uppdrag (se vidare avsnitt 2.4.1).

Tabell 4.2 Kommuner, landstings och regioners ansvar i förhållande till Kommissionens förslag till målområden

Kommissionens förslag på målområden för god och jämlik hälsa	Kommunernas obligatoriska och frivilliga ansvar enligt kommunallagen	Landstingens/regionernas obligatoriska och frivilliga ansvar
1. Det tidiga livets villkor	För-, grund- och gymnasieskola	Hälso- och sjukvård
2. Kompetenser, kunskaper och utbildning	För-, grund- och gymnasieskola, biblioteksverksamhet	Frivillig; utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö	Miljö- och hälsoskydd, arbetsgivaransvar för den kommunala verksamheten	Arbetsgivaransvar för den egna verksamheten
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter	Individ- och familjeomsorg – försörjningsstöd Frivillig; sysselsättning och näringslivsutveckling	
5. Boende och närmiljö	Plan och byggfrågor, bostäder, lokal kollektivtrafik	Regional lokaltrafik
6. Levnadsvanor	För-, grund- och gymnasieskola	Hälso- och sjukvård
7. Kontroll, inflytande och delaktighet	Frivillig; fritid och kultur För-, grund- och gymnasieskola	Frivillig; kultur
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård	Social omsorg; äldre- och handikappsomsorg samt individ- och familjeomsorg	Hälso- och sjukvård, tandvård för barn och ungdomar upp till 20 års ålder

Varför prioritera arbete med en god och jämlik hälsa?

Motiven till att lyfta fram jämlik hälsa högt på dagordningen är flera. I Kommissionens första delbetänkande framhävs såväl moraliska och rättviseteoretiska argument, som argument utifrån nationell lagstiftning (jämför tabellen ovan) och internationella konventioner om mänskliga rättigheter om rätten till hälsa, liksom argument kopplade till bättre användning av det allmännas resurser och en hållbar utveckling (SOU 2016:55). Dessa argument kompletterar varandra och ger sammantaget starka motiv att uppmärksamma och verka för en god och jämlik hälsa.

I detta sammanhang kan det även nämnas att en stor majoritet kommuner, landsting och regioner i Kommissionens enkäter angav att

de benämner sitt arbete kring folkhälsa ”folkhälsöarbete”. Samtidigt angav 43 procent av kommunerna och 62 procent av landstingen och regionerna att de benämner sitt arbete med ”socialt hållbar utveckling” (flera svarsalternativ var möjliga). Kopplat till Kommissionens argument för att arbeta för en god och jämlik hälsa går det också att anknyta till Agenda 2030 och de 17 globala mål för hållbar utveckling som har antagits av FN:s generalförsamling. Av dessa 17 mål har flera direkt bäring på en god och jämlik hälsa. Ett strategiskt arbete för att omsätta de globala målen lokalt och regionalt innebär således även ett bidrag i arbetet med att skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen (och vice versa).

Centrala aspekter att beakta i det lokala och regionala arbetet

Arbetet för en god och jämlik hälsa bör naturligtvis anpassas efter lokala och regionala förutsättningar och det är inte sannolikt att samma arbetssätt fungerar överallt. Det finns dock ett antal aspekter som Kommissionen vill lyfta fram som centrala i arbetet för en god och jämlik hälsa på lokal och regional nivå.

En av dem, som är en utgångspunkt även för oss som nationell kommission i våra direktiv, är *att lära av tidigare kommissioner för jämlik hälsa på internationell, nationell, regional och lokal nivå*. En översiktlig genomgång av dessa görs i Kommissionens första delbetänkande och de aspekter som vi vill lyfta fram som viktiga har tydliga kopplingar till slutsatser och rekommendationer som har dragits i dessa arbeten.

Nästa aspekt vi vill lyfta är *vikten av ett brett angreppssätt* där fokus läggs på såväl livsvillkor inom områden såsom det tidiga livet, utbildning, arbete och arbetsmiljö och boende och närmiljö som på levnadsvanor. Skälen för detta utvecklas mer i avsnitt 3.3. Detta breda angreppssätt bör inkludera såväl arbete för att integrera ett folkhälso-/jämlik hälsa-perspektiv på alla målområden som konkreta åtgärder för att främja en god och jämlik hälsa på berörda områden. Detta förutsätter ett tvärasektoriellt samarbete och samverkan över förvaltnings- och organisationsgränser, samt samarbete med aktörer såsom civilsamhället, professioner och näringslivet samt en tydlig och strategisk samordning. Till detta anknyter att policyer och åtgärder bör bygga på respektive politikområdes för-

utsättningar för att åstadkomma ett aktivt ägarskap av alla berörda aktörer. Här skulle de processer som föreslås i avsnitt 4.1.3 med att utarbeta nationella strategier för god och jämlik hälsa som täcker samtliga prioriterade målområden kunna utgöra en inspiration för kommuner, landsting och regioner.

Ett helhetsperspektiv med *fokus på både den sociala gradienten och grupper i utsatta eller marginaliserade positioner* är en annan viktig aspekt.

Vidare är kunskap om befolkningens hälsa och hur den är fördelad på den kommunala och regionala nivån utifrån faktorer som socioekonomi, kön och geografi en viktig utgångspunkt för att kunna prioritera åtgärder för en god och jämlik hälsa. *Ett system för uppföljning och utvärdering inom alla prioriterade områden som möjliggör analys av ojämlikhet i hälsa* är därför centralt. Här utgör landstingens och regionernas kunskap och epidemiologiska bevakning av folkhälsan i respektive region ett viktigt underlag dels för arbetet med en jämlik hälso- och sjukvård och regional utveckling, dels som underlag för kommunernas arbete. De åtgärder som vidtas för att främja en god och jämlik hälsa bör också utvärderas för att möjliggöra policyutveckling. När det gäller uppföljning och utvärdering har vi sett i svaren på Kommissionens enkäter att det finns ett stort utvecklingsbehov, se vidare avsnitt 3.7.

Sist, men inte minst, är en *tydlig politisk prioritering* av frågorna avgörande. Detta i sig är inte något som Kommissionen kan lägga förslag om varken riktade till nationell, lokal eller regional nivå, men vi menar att denna komponent måste lyftas fram som en avgörande faktor för ett framgångsrikt arbete för en god och jämlik hälsa. Lämpligen kan politiska prioriteringar manifesteras och läggas fast i lokala och regionala policyer eller strategier, som antas av kommunfullmäktige respektive landstings- eller regionfullmäktige, vilket bör kunna ge förutsättningar för ett aktivt och långsiktigt förändringsarbete (jämför med det föreslagna strategiarbetet på nationell nivå).

4.7.2 Kommuner, landsting och regioner bör ges ett adekvat stöd från den statliga nivån

Kommuner, landsting och regioner bör ges ett adekvat stöd från den statliga nivån i arbetet för en god och jämlik hälsa. Något som har framträtt tydligt och genomgående i såväl våra enkätundersökningar

som i Kommissionens dialog med kommuner, landsting och regioner i olika forum är efterfrågan av stöd från den nationella nivån i arbetet för en god och jämlik hälsa. Det handlar bl.a. om stöd med kunskap om folkhälsa generellt och om jämlik hälsa, med statistik och data, om metoder och strategier och underlag för prioriteringar i arbetet och om samordning av statliga insatser.

SKL har jämlik hälsa som en prioriterad fråga och bedriver ett aktivt arbete i förhållande till sina medlemmar. Samarbete mellan statliga aktörer och SKL är därför viktigt. I detta sammanhang kan nämnas att det samarbete som SKL och Folkhälsomyndigheten driver i form av "Mötesplats för social hållbarhet"⁸ har lyfts fram i vissa av svaren på Kommissionens enkäter som ett gott exempel på stöd.

Sverige är unikt i ett internationellt perspektiv där flera initiativ har tagits på kommunal och regional nivå med tillsättande av Kommissioner eller andra former av aktivt och organiserat arbete för jämlik hälsa och social hållbarhet. Inte sällan har detta gjorts i nära samarbete med forskning i utarbetande av analyser och prioritering och utvärdering av insatser. Denna kunskap och det arbete som pågår är viktigt att ta till vara och vidareutveckla i arbetet med utformning av statligt stöd till kommuner, landsting och regioner.

Kommissionens konkreta förslag kring hur det statliga stödet till kommuner, landsting och regioner kan utvecklas och stärkas behandlas i första hand i avsnitt 4.4 och 4.5.

4.7.3 Det bör tillsättas en statlig utredning för att analysera om lagstödet för arbete för en god och jämlik hälsa kan utvecklas

Det bör tillsättas en statlig utredning med uppgift att se över om lagstödet för arbetet för en god och jämlik hälsa kan utvecklas. Utredningen bör analysera det eventuella behovet av en folkhälso- lag och om det finns behov av att utveckla existerande lagstiftning i syfte att den på ett bättre sätt ska kunna bidra till måluppfyllelse i en politik för en god och jämlik hälsa. Utredningen bör också analysera styrning med ekonomiska incitament som alternativ till ny eller existerande lagstiftning.

⁸ www.folkhalsomyndigheten.se/motesplats-social-hallbarhet

Som tidigare berörts föreslog Nationella folkhälsokommittén en folkhälsolag som aldrig kom att bli verklighet. I stället beslutades i den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 att en utredning liknande den som föreslås här skulle tillsättas. Den föreslagna utredningen blev dock aldrig av.

Det är nu 14 år sedan propositionen presenterades. Som Kommissionen konstaterat i föregående kapitel finns det brister i den nuvarande infrastrukturen för och genomförandet av folkhälsopolitiken på alla samhällsnivåer. Mot bakgrund av detta och att ojämlikheten i hälsa snarare ökat än minskat krävs förändring på såväl lokal och regional som nationell nivå för att nå målet om att sluta hälso-gapen inom en generation. I avsnitt 2.4.1 görs en översiktlig genomgång av lagstiftning som har bäring på en god och jämlik hälsa. Även om ett antal lagar inkluderar hälso- och jämlikhetsaspekter har ingen av dem tillkommit med det specifika syftet att uppnå en god och jämlik hälsa.

Kommissionen menar att ambitionen bör vara att alla kommuner, landsting och regioner har bästa möjliga förutsättningar att verka för en god och jämlik hälsa. För det behövs mandat och prioritering, ägarskap, resurser, kunskap och data om hälsa och ojämlikhet i hälsa. I dag skiljer sig dessa aspekter mellan olika kommuner, landsting och regioner. Mot bakgrund av den komplexitet som präglar arbetet med en god och jämlik hälsa förutsätts agerande av många och samverkan mellan aktörer. Ett ytterligare motiv till en särskild folkhälsolag är därför att tydliggöra ansvarsfördelning mellan stat, landsting, regioner och kommuner. Om inte olika aktörers ansvar är tydligt finns det risk att arbetet "faller mellan stolar". Det blir så att säga "allas uppdrag och ingens ansvar". Detta är också en slutsats som dras i den nordiska studien *Tackling Health Inequalities Locally – the Scandinavian Experience* (Diedrichsen et al 2015).

I Norge antogs en folkhälsolag 2012. Den norska lagen anger att ansvaret för folkhälsoarbete ligger på kommunerna. Kommunerna ska göra översikter av hälsotillståndet och påverkansfaktorer för hälsa, fastlägga mål och strategier för arbete för mer jämlik hälsa och praktiskt arbeta för att möta lokala utmaningar. Statliga och regionala myndigheter ska ge stöd till lokal planering och tydliggöra hur dessa planer ska utgöra en del av regionala planer.

I en studie som har utvärderat effekterna av den norska folkhälso-lagen har jämförelser gjorts av aktiviteter på kommunnivån 2011

jämfört med 2014 (Fosse 2016). Studien visar på en positiv utveckling av aktivitetsnivån men pekar samtidigt på att det, för att påverka den sociala gradienten, krävs förändringar inom politikområden som kommunerna inte råder över. Det rör sig exempelvis om skattepolitik, bostadspolitik, arbetsmarknadspolitik och utbildningspolitik, vilka kräver nationella satsningar.

En utredning om utveckling av lagstödet för god och jämlik hälsa bör ta hänsyn till erfarenheter från de nordiska länderna där både Norge och Finland har folkhälsolagar med olika utformning.

De argument för en folkhälsolag som Kommissionen har mött i dialogen med relevanta aktörer och som har tagits upp av vissa kommuner, landsting och regioner i deras enkätsvar är ungefär desamma som nämns ovan. I korthet rör det sig om en förtydligad ansvarsfördelning – att se till att det finns mandat och resurser och prioritering för arbetet för god och jämlik hälsa på lokal och regional nivå och adekvat stöd från den nationella nivån. Flera har också lyft att det, i lägen då prioriteringar måste göras, i första hand är obligatoriska lagstadgade uppgifter som sätts främst och att arbete för en god och jämlik hälsa då riskerar att prioriteras bort.

De argument mot en folkhälsolag som togs upp då en sådan diskuterades i samband med den folkhälsopolitiska propositionen 2003 är i viss utsträckning fortfarande relevanta. Som konstateras i avsnitt 3.5.3 har dock arbetet inte överallt utvecklats på det sätt som förutsågs i propositionen. Det finns exempelvis fortfarande alltför många kommuner och ett antal landsting och regioner som inte förefaller bedriva ett aktivt och organiserat folkhälsoarbete. Det finns även brister i det stöd som kommuner, landsting och regioner får från den statliga nivån. Ett ytterligare argument som kan anföras mot en folkhälsolag kan vara ekonomiskt då nya uppgifter för kommuner, landsting och regioner skulle medföra behov av att de ersätts för dessa. Här bör utredningen bedöma kostnaderna för detta i förhållande till vilka samhällsekonomiska vinster som skulle kunna göras om en folkhälsolag infördes.

En folkhälsolag, eller förändring i befintlig lagstiftning kommer inte enskilt att kunna förbättra förutsättningarna för ett aktivt arbete för en god och jämlik hälsa i hela landet. Med eller utan lag krävs det insatser både avseende stöd i form av kunskap och metodutveckling, liksom förändringar på den statliga nivån, vilket Kommissionen föreslagit former för i föregående kapitel.

Slutligen bör utredningen även överväga styrning med ekonomiska incitament som alternativ till ny eller reviderad lagstiftning. Det skulle kunna innebära att det inrättas ett tidsbegränsat statligt bidrag till kommuner, landsting och regioner som tar fram planer för att åstadkomma jämlik hälsa. Innehållet i planen skulle t.ex. kunna bestå av krav på sektorsövergripande samarbete med alla relevanta aktörer, att åtgärder ska integreras i den ordinarie verksamheten och krav på uppföljning och utvärdering. Bidraget skulle kunna fördelas av Folkhälsomyndigheten som också skulle följa upp resultatet av åtgärderna och på så sätt också få bred kunskap om vad som händer i kommuner, landsting och regioner.

4.8 Samarbetet för en god och jämlik hälsa med det civila samhället och näringslivet bör stärkas

Kommissionens förslag: Regeringen bör utveckla former för en stärkt dialog med företrädare för civilsamhället och näringslivet.

4.8.1 Ett dialogforum mellan regeringen och det civila samhället med fokus på frågor om god och jämlik hälsa bör inrättas

Det bör inrättas ett dialogforum där regeringen löpande samråder med företrädare för civilsamhället om frågor kring en god och jämlik hälsa. Som konstaterades redan i den folkhälsopolitiska propositionen från 2003 är det nödvändigt att involvera en stor mängd aktörer från olika sektorer i folkhälsoarbetet för att nå uppsatta mål. Det civila samhället spelar en viktig roll i arbetet med att främja en god och jämlik hälsa. Förutom det direkta folkhälsoarbete som bedrivs inom en stor mängd civilsamhällesorganisationer har forskning pekat på ett positivt samband mellan engagemang i det civila samhället och hälsa. Det civila samhällets organisationer bedriver ett viktigt arbete på samtliga åtta målområden som Kommissionen föreslår. Kommissionens utgångspunkt är att det civila samhället utgör en viktig kraft i detta arbete i rollen såväl som röstbärare,

demokratiskola, gemenskap, serviceproducent/utförare av samhällstjänster, liksom som motvikt till staten och näringslivet.⁹ Vid det dialogseminarium om det civila samhällets roll i arbetet med jämlik hälsa som Kommissionen arrangerade 2016¹⁰ lyfte organisationerna bl.a. att det är viktigt att det offentliga tar tillvara den kunskap och erfarenhet som finns i civilsamhället och att det behöver utvecklas former för detta och för samverkan i stort. Flera deltagare pekade också på att organisationerna ofta har ”örat närmare marken” än det offentliga och att de därför i vissa avseenden snabbare kan identifiera nya utmaningar och även nya lösningar på problem i nära dialog med organisationernas målgrupper.

Kommissionen föreslår mot denna bakgrund att regeringen inrättar ett dialogforum för en bredd av civilsamhällesorganisationer om god och jämlik hälsa. Civilsamhällesorganisationer var representerade bl.a. i ANDT-rådet under perioden 2011–2016, men det har inte funnits något mer permanent forum för en bred dialog om folkhälsopolitiken. Liknande dialogforum mellan regeringen och civilsamhället finns på flera områden, t.ex. inom ungdomspolitik och jämställdhetspolitiken. Dialogforumet, som bör ledas av folkhälsoministern, bör fungera som ett forum för samråd i planering, genomförande och uppföljning av det folkhälsopolitiska arbetet, t.ex. i förhållande till det strategiarbete som föreslås i avsnitt 4.1.3.

I detta sammanhang kan det nämnas att det civilsamhälleliga engagemanget, liksom hälsan, är ojämnt fördelat i befolkningen. Grupper i mer socioekonomiskt utsatta situationer engagerar sig generellt i föreningslivet i mindre utsträckning och har sämre hälsa än personer som är mer resursstarka. Detta är en fråga som bör beaktas i dialogen.

I dialogforumet bör det även kunna diskuteras om en ”överenskommelse för god och jämlik hälsa” skulle kunna slutas mellan regeringen, civilsamhället och SKL. Sådana överenskommelser

⁹ För en beskrivning av civilsamhällets olika roller, se exempelvis rapporten *Framtidens civilsamhälle, underlagsrapport 3 till Framtidskommissionen* från 2012 av Tobias Harding.

¹⁰ Seminariet arrangerades den 30 augusti 2016 i Stockholm. Cirka 60 olika civilsamhällesorganisationer deltog.

mellan regeringen, civilsamhället och SKL finns t.ex. på det sociala området och integrationsområdet.¹¹

Även former för en löpande dialog med näringslivet bör utvecklas i samarbete med relevanta aktörer.

4.9 Avslutande diskussion – utmaningar, möjligheter och uppgifter

I detta delbetänkande har vi fokuserat på det folkhälsopolitiska ramverket och hur det kan utvecklas så att det blir en ändamålsenlig och sektorsövergripande infrastruktur för det fortsatta arbetet för en god och jämlik hälsa. Ett uppdaterat och utvecklat ramverk av detta slag kommer inte i sig att ge människor mer jämlika och likvärdiga förutsättningar och villkor, men det är *en* viktig förutsättning för att ett kontinuerligt och långsiktigt arbete ska komma till stånd. En bärande tanke i detta betänkande är just att det uppdaterade ramverk vi här föreslår ska fungera långsiktigt och dynamiskt i förhållande till en föränderlig omvärld.

Att förslagen om ett utvecklat folkhälsopolitiskt ramverk, liksom de förslag Kommissionen avser att lägga i slutbetänkandet, inte existerar i ett vakuum utan är en del av en föränderlig omvärld är naturligt. Samtidigt är det en del av en komplexitet som måste hanteras. För att arbetet med en god och jämlik hälsa ska kunna lyckas måste vi exempelvis förhålla oss till andra breda processer som Agenda 2030, som har många beröringspunkter med Kommissionens arbete, liksom till det långsiktiga reformprogram som regeringen har aviserat mot segregation under perioden 2017–2025.¹² I tillägg till detta finns det flera pågående utredningar på i princip alla områden som Kom-

¹¹ Överenskommelsen mellan regeringen, de ideburna organisationerna inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting bygger på sex principer om samverkan: självständighet och oberoende, dialog, kvalitet, långsiktighet, öppenhet och insyn samt mångfald. Samverkan utvecklas utifrån parternas egna och gemensamma åtaganden och åtgärder, vilket sker inom en gemensam arbetsgrupp och med stöd av ett kansli. Det viktigaste målet med Överenskommelsen är att stärka de ideburna organisationernas självständiga och oberoende roll som röstbärare och opinionsbildare. Syftet är också att utveckla en större mångfald av utförare och leverantörer av hälso- och sjukvård samt omsorg. Överenskommelsen beslutades av regeringen den 23 oktober 2008, efter en dialog med ett 90-tal inbjudna organisationer.

¹² Satsningen görs mot bakgrund av en ökad segregation mellan olika områden i en och samma kommun när det gäller brottslighet och upplevd trygghet, arbetslöshet, skolresultat, trångboddhet, samhällsservice och delaktighet. En statlig delegation ska tillsättas för samverkan med kommuner, civilsamhälle, myndigheter och forskare kring dessa frågor.

missionen föreslår som målområden för folkhälsopolitiken. Arbetet för en god och jämlik hälsa är också sammankopplat med andra sektorsövergripande områdens arbete med integrering av sina olika perspektiv (jämförddhet, mänskliga rättigheter, miljö, barn, ungdomar, funktionsnedsättning osv.). Det är enligt vår mening avgörande att alla aktörer aktivt arbetar för att skapa synergier mellan dessa perspektiv snarare än att bli konkurrenter, särskilt som de flesta perspektiv i grunden handlar om mer jämlika villkor och förutsättningar.

Det breda arbetet med frågor som kan bidra till god och jämlik hälsa ska således samsas med flera andra mer eller mindre överlappande processer och initiativ. Den komplexitet som då uppstår är något som genomgående har kommit upp som en utmaning i såväl Kommissionens interna diskussioner som i den breda dialog som vi har fört med bl.a. företrädare för kommuner, landsting, regioner, myndigheter och civilsamhället. I dialogen har det lyfts att det är önskvärt med en ökad samordning mellan olika områden och processer från nationell nivå så att olika målkonflikter och perspektivträngsel inte förs vidare till myndigheter och den regionala och lokala nivån. Att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och förebyggande arbete är ytterligare en återkommande fråga. Vi gör inte anspråk på att kunna lösa alla dessa frågor, men det är viktiga frågor som vi kommer att ta med oss i det fortsatta arbetet med Kommissionens slutbetänkande.

Redan här kan vi dock konstatera att allt det arbete som för närvarande pågår med stora och mer eller mindre överlappande frågor av sektorsövergripande slag *måste* bringas i fas med varandra. Detta kan i någon mån skötas via samordning och kommunikation mellan olika aktörer, men kräver framför allt en bred samsyn kring vad det allmännas uppdrag egentligen är och hur detta bäst genomförs.

För det första vill vi understryka att *alla* offentliga verksamheter och institutioner redan har ett gemensamt, och grundlagsstadgat, ansvar och syfte: *”Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.”* (Regeringsformen, SFS 2011:109, 1 kap., § 2). Detta är det grundläggande mål som *alla* offentliga system och organisationer ska verka för och hela tiden vägas mot, oavsett inom vilken sektor eller nivå av det allmänna man verkar. För det andra är det avgörande att

se att de olika verksamheter och system som byggts upp är *medel* för att stärka människors välfärd och utjämna skillnader i villkor och möjligheter över livets olika faser liksom mellan grupper i samhället, och inte mål i sig.

Olika former av ojämlikhet utgör centrala utmaningar i dagens Sverige och ojämlikheten är en gemensam nämnare för de flesta stora samhällsfrågorna. Detta gäller inte minst ojämlikhet i hälsa och livslängd, som utgör en ojämlikhet i livschanser bokstavligt talat. Om dessa hälsoklyftor ska kunna slutas måste också de olika perspektiv och processer som i grunden handlar om att utjämna ojämlika villkor och möjligheter fås att förstärka och berika varandra.

5 Kostnadsberäkningar och konsekvensanalys

Enligt Kommittéförordningen (SFS 1998:1474) 14–15 § ska kostnads-konsekvenser av förslag som påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda beräknas och redovisas. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting, ska kommittén föreslå en finansiering. Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Detsamma gäller förslagens eventuella betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler, ska förslagets kostnadsmissiga och andra konsekvenser anges i betänkandet.

Förslagen i detta delbetänkande handlar om det folkhälsopolitiska ramverket och hur det kan utvecklas för att på bästa sätt kunna utgöra en infrastruktur för arbetet med en god och jämlik hälsa. Förslagen handlar inte om konkreta och specifika åtgärder på de livs-områden som är centrala för att främja en god och jämlik hälsa (sådana förslag kommer att presenteras i Kommissionens slutbetänkande). Förslagen handlar i stället om utvecklade och förändrade arbetssätt och metoder i Regeringskansliet, för myndigheter, kommuner, landsting och regioner.

Förslagen förväntas inte påverka de totala kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda

då de föreslagna förändringarna bedöms kunna göras genom omfördelningar inom ramen för existerande anslag för folkhälsopolitiken.

När det gäller förslaget om ett stärkt arbete med samordning av arbetet för en god och jämlik hälsa i Regeringskansliet (se avsnitt 4.3.1) bedömer Kommissionen att fem miljoner kronor per år, motsvarande fem heltidstjänster bör avsättas i tillägg till de resurser som i dag finns för samordning av folkhälsopolitiken och ANDT-frågor.¹

Avseende de förslag som rör ett utvecklat och förtydligt uppdrag för Folkhälsomyndigheten, inklusive arbete med utveckling av uppföljningssystemet för folkhälsopolitiken, (se avsnitt 4.2 och 4.4) bedömer Kommissionen att medel om cirka 15 miljoner kronor per år, motsvarande cirka 15 heltidstjänster, bör tillföras myndighetens förvaltningsanslag.²

Avseende ett förtydligt uppdrag för länsstyrelserna att arbeta med hela bredden av målområden inom folkhälsopolitiken (se avsnitt 4.5) bör en diskussion föras mellan regeringen och länsstyrelserna om huruvida detta bör innebära en ökad medelstilleddelning till länsstyrelserna. Detta mot bakgrund av att det formellt sett rör sig om ett förtydligt snarare än förändrat uppdrag. Kommissionens preliminära bedömning är dock att det i praktiken skulle innebära en ambitionshöjning för vilken varje länsstyrelse bör tillföras medel motsvarande en heltidstjänst per år, vilket motsvarar 21 miljoner kronor per år.

Slutligen bedömer Kommissionen att 2 miljoner kronor, motsvarande cirka 2 heltidstjänster under cirka ett år, bör avsättas under 2017–2018 för förslaget i avsnitt 4.7.3 att tillsätta en

¹ Detta skulle lägga antalet personer, inkl. de som i dag arbetar med ANDT-frågor och samordning av folkhälsopolitiken, på en liknande nivå som jämförbara enheter som t.ex. Jämställdhetsenheten, Miljömålsenheten och Enheten för ungdomspolitik och folkbildning som har cirka 11–16 personer anställda.

² De tänkta nya uppgifterna handlar i huvudsak om stöd och samordning, men även om analys av mikrodata. Delar av dessa uppgifter bör kunna genomföras inom ramen för existerande resurser. Därutöver bedömer Kommissionen att det är nödvändigt att tillföra dessa ytterligare medel. Här är jämförelser med andra motsvarande myndigheter svårare att göra. Som exempel kan dock nämnas att Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor enligt sin årsredovisning för 2015 hade 24 personer anställda vid Avdelningen för samverkan och stöd (MUCF 2016). Den planerade Jämställdhetsmyndigheten som kommer att ha liknande uppgifter som Folkhälsomyndigheten vad gäller stöd, samordning och uppföljning kommer enligt uppgifter på regeringens hemsida att ha 75 medarbetare (www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/12/jamstalldhetsmyndigheten-placeras-i-goteborg/).

utredning för att analysera om lagstödet för arbetet för en god och jämlik hälsa kan utvecklas.

Tabell 5.1 Kostnadsberäkningar

	Löpande Tkr/år	2017/2018
Regeringskansliet	5 000	
Folkhälsomyndigheten	15 000	
Länsstyrelserna	21 000	
Utredning lagstöd		+2 000
Totalt	41 000	

Den totala uppskattade kostnaden för förslagen är 41 miljoner kronor per år. Därutöver tillkommer totalt 2 miljoner kronor under 2017–2018 för utredningen om lagstöd. Kommissionen föreslår att förslagen finansieras inom ramen för den minskning om 70 miljoner från och med 2017 som har gjorts inom Utgiftsområde 9, anslaget 2:4 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* i Budgetpropositionen för 2017. I propositionen anges att minskningen görs för angelägna satsningar inom andra områden i utgiftsområde 9 (prop. 2016/17:1 UO 9).

De förslag som berör kommuner, landsting och regioner – såväl direkt som indirekt – tar den kommunala självstyrelsen i beaktande. Det förslag som handlar om en tänkt utredning av det eventuella behovet av en folkhälsolag, samt eventuella förändringar i existerande lagstiftning med bäring på god och jämlik hälsa, har med anledning av sin utformning som ett förslag till utredning inga konsekvenser för självstyrelsen. Sådana konsekvenser måste dock naturligtvis beaktas i en utredning.

Förslagen syftar övergripande till att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa för människor i olika sociala grupper, för kvinnor och män, flickor och pojkar. Ett förstärkt arbete för en god och jämlik hälsa utgör därmed ett bidrag i arbetet för att stärka jämställdheten mellan kvinnor och män, flickor och pojkar.

Förslagen i delbetänkandet bedöms *i sig* inte ha några *direkta* konsekvenser för:

- brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet,
- sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet,
- för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, eller
- för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

När det gäller dessa och de samlade samhällsekonomiska konsekvenserna gör Kommissionen emellertid bedömningen att de på sikt kommer att bli positiva sådana. I Kommissionens första delbetänkande förs ett vidare resonemang om att den ojämlika hälsan är ett samhällsproblem. Den ojämlika hälsan är t.ex. förknippad med kostnader i form av produktions- och kompetensbortfall, sjukvård och sjukskrivning. Kommissionens förslag i detta betänkande lägger grunden för ett breddat arbete för en god och jämlik hälsa. Denna grund bör på sikt skapa förutsättningar för en socialt hållbar utveckling och bättre användning av det allmännas resurser (se vidare SOU 2016:55, s. 20 ff.).

Betänkande innehåller inga förslag till nya eller ändrade regler.

Referenser

- Bengtsson, Mats (2004) *Genomförande av tillsyn enligt miljöbalken. En intervjustudie om kommunala miljö- och hälsoskyddsinspektörers arbete vid inspektioner*. Naturvårdsverket. Rapport 5369.
- Bengtsson, Mats (2012) *Att genomföra politiska beslut: varför blir det som det blir när vi vill så väl*. Förvaltningshögskolan Göteborg.
- Callerstig, Anne-Charlott (2014) *Making equality work: Ambiguities, conflicts and change agents in the implementation of equality policies in public sector organisations*. Linköping studies in arts and science, DiSSERTATION No 607. Linköpings universitet.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2016) *Om CAN*. Tillgänglig: <http://can.se/Om-CAN/>
- Diderichsen, F, Scheele, CE & Little, IG (2015) *Tackling Health Inequalities Locally – the Scandinavian Experience*. Copenhagen: University of Copenhagen.
- Europaparlamentet (2011) *European Parliament resolution of 8 March 2011 on reducing health inequalities in the EU*. 2010/2089(INI).
- Europeiska kommissionen (2009) *Solidaritet i hälsa: att minska ojämlikheten i hälsa i EU*. (KOM/2009/0567).
- Europeiska kommissionen (2016) *State of health in the EU*. Tillgänglig: http://ec.europa.eu/health/state/summary_en
- Finansdepartementet (2007) *Expertgrupp för studier i offentlig ekonomi* (dir. 2007:46). Stockholm: Finansdepartementet.
- Finansdepartementet (2016) *Tillit i styrning* (dir. 2016:51). Stockholm: Finansdepartementet.
- Folkhälsomyndigheten (2014) *Folkhälsan i Sverige 2014*.
- Folkhälsomyndigheten (2016) *Folkhälsan i Sverige 2016*.

- FN (1948) *FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Mänskliga rättigheter – Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter. Tillgänglig: www.manskligarattigheter.se/sv/vem-gor-vad/forenta-nationerna/fn-s-allmanna-forklaring
- FN (1976) *Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR)*. Mänskliga rättigheter – Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter. Tillgänglig: www.manskligarattigheter.se/sv/manskliga-rattigheter-i-sverige/internationell-granskning-av-sverige/fn-s-konventionskommitters-granskning-av-sverige/konventionen-om-ekonomiska-sociala-och-kulturella-rattigheter-icescr
- FN (1979) *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)*. Tillgänglig: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm
- FN (1989) *Konventionen om barnets rättigheter (CRC)*. Stockholm: Utrikesdepartementet. Tillgänglig: www.regeringen.se/rattsdokument/sveriges-internationella-overenskommelser/1994/01/so-199020/
- FN (2007) *Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Mänskliga rättigheter – Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter. Tillgänglig: www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning
- FN (2015) *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. A/RES/70/1*. Tillgänglig: www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
- Fosse, Elisabeth (2016) *Kommunenes rolle i å utjevne sosiala helseforsjeller. Socialmedicinsk tidskrift*. Vol 93, Nr 5 (2016).
- Kickbush, I. & Buckett, K. (2010) *Implementing Health in All Policies*. Adelaide, Australien: Department of Health, Australia.
- Kristenson, Margareta (kommande) *Hälso- och sjukvård och jämlik hälsa*. Underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa.
- Kvist, J. Fritzell, J. Hvinden, B. & Kangas, O. (2012) *Changing social equality and the Nordic welfare model in 21st century*. Bristol: Policy Press.

- Little, I. & Brown, C. (2016) *Stepping up the implementation of the Health 2020 vision for health equity and well-being in the Nordic countries and Baltic States*. Discussion paper for the Nordic Baltic Policy Dialogue, Stockholm, Sweden, 26–27 October 2016. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.
- Löfgren, Karl (2012) *Implementeringsforskning – En kunskapsöversikt*. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö.
- Marmot, Michel et al. (2010) *Fair Society – Healthy Lives, The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. 2nd Print Run ed: The Marmot Review; February 2010.
- Myndigheten för delaktighet (2016) *En funktionshinderspolic för ett jämlikt och hållbart samhälle – MFD:s förslag på struktur för genomförande, uppföljning och inriktning inom funktionshindersområdet*. (dnr. 2016/0115).
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2014) *Lupp på allas läpp. Utvärdering av Lupp 2010–2013*.
- Myndigheten för vårdanalys (2014) *En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*, 2014:7.
- Nordiska ministerrådet (2016) *Deklaration om folkhälsosamarbete i Norden*. Tillgänglig: <http://www.norden.org/sv/nordiska-ministerradet/ministerraad/nordiska-ministerraadet-foer-social-och-haelsopolitik-mr-s/deklarationer-och-foerklaringar/deklaration-om-folkhaelsosamarbete-i-norden>
- OECD (2015) *In it together: why less inequality benefits all*. OECD publishing. doi:10.1787/9789264235120-en
- OECD (2016) *Income inequality remains high in the face of weak recovery, Income inequality update*. Tillgänglig: www.oecd.org/social/OECD2016-Income-Inequality-Update.pdf
- Proposition (1985) *Om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m.* (prop. 1984/85:181, bet. 1984/85:28 SoU, rskr. 400).
- Proposition (1991) *Om vissa folkhälsofrågor* (prop. 1990/91:175, bet. 1990/91:SoU23, rskr. 1990/91:376).
- Proposition (2001) *Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter* (prop. 2000/01:99, bet. 2000/01:SoU16, rskr. 2000/01:233).

- Proposition (2003) *Mål för folkhälsan* (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).
- Proposition (2006) *Makt att forma samhället och sitt eget liv* (prop. 2005/06:155, bet. 2005/06:AU11, rskr. 2005/06:257).
- Proposition (2006) *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (prop. 2005/06:60, bet. 2005/06:JuSoU1, rskr. 2005/06:218).
- Proposition (2008) *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110, bet. 2007/08:Sou11, rskr. 2007/08:226).
- Proposition (2009) *En politik för det civila samhället.* (prop. 2009/10:55, bet. 2009/10:KrU7, rskr. 2009/10:195).
- Proposition (2009) *Regeringens budgetproposition för 2009* (prop. 2008/09:1).
- Proposition (2010) *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken* (prop. 2010/11:47, bet. 2010/11:SoU8, rskr. 2010/11:203).
- Proposition (2013) *En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet* (prop. 2012/13:116, bet. 2012/13:SoU27, rskr. 2012/13:280).
- Proposition (2015) *Regeringens budgetproposition för 2015* (prop. 2014/15:1).
- Proposition (2016) *Regeringens budgetproposition för 2016* (prop. 2015/16:1).
- Proposition (2016) *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft* (prop. 2016/17:50).
- Proposition (2017) *Regeringens budgetproposition för 2017* (prop. 2016/17:1).
- Regeringen (1995) *Nationella folkhälsomål* (dir. 1995:158). Stockholm: Regeringen.
- Regeringen (2013) *Uppdrag att ansvara för en samlad uppföljning av ANDT-strategin och för det samordnade uppföljningssystemet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken* (dnr. S2013/2377/FST).
- Regeringen (2015) *Indelning och uppgifter i kommuner och landsting*. Tillgänglig: www.regeringen.se/artiklar/2015/05/indelning-och-uppgifter-i-kommuner-och-landsting/

- Regeringskansliet (2016) *Regeringens föreskrifter med arbetsordning för Socialdepartementet* (skr. 2016:5).
- Regeringens skrivelse (2006) *Folkhälsopolitik för jämlikhet i hälsa och hållbar tillväxt* (skr. 2005/06:205).
- Regeringens skrivelse (2012) *En folkhälsopolitik med människan i centrum* (skr. 2011/12:166).
- Regeringens skrivelse (2016) *En samlad strategi för alkohol-, narkotika, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020* (skr. 2015/16:86).
- Regeringens skrivelse (2016) *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid* (skr. 2016/17:10)
- SFS 1977:1160 *Arbetsmiljölagen*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- SFS 1982:763 *Hälsa- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1991:900 *Kommunallagen*. Stockholm: Finansdepartementet K.
- SFS 1993:581 *Tobakslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1994:1738 *Alkohollagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1998:808 *Miljöbalken*. Stockholm: Miljö- och energidepartementet.
- SFS 1998:1474 *Kommittéförordning*. Stockholm: Statsrådsberedningen.
- SFS 2001:100 *Förordning om den officiella statistiken*. Stockholm: Finansdepartementet SFÖ.
- SFS 2001:453 *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2006:804 *Livsmedelslagen*. Stockholm: Näringslivsdepartementet.
- SFS 2007:515 *Myndighetsförordning*. Stockholm: Finansdepartementet SFÖ.
- SFS 2007:825 *Förordning med länsstyrelseinstruktion*. Stockholm: Finansdepartementet.
- SFS 2007:1021 *Förordning med instruktion för Barnombudsmannen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2007:1431 *Förordning med instruktion för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd*. Stockholm: Socialdepartementet.

- SFS 2008:567 *Diskrimineringslagen*. Stockholm: Kulturdepartementet.
- SFS 2010:110 *Socialförsäkringsbalken*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:800 *Skollagen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2010:900 *Plan- och bygglagen*. Stockholm: Näringslivsdepartementet.
- SFS 2011:446 *Förordning med instruktion för Finanspolitiska rådet*. Stockholm: Finansdepartementet E2.
- SFS 2012:989 *Förordning med instruktion för Naturvårdsverket*. Stockholm: Miljö- och energidepartementet.
- SFS 2013:606 *Förordning om samordning inom alkohol, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet m.m.* Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2013:1020 *Förordning med instruktion för Folkhälsomyndigheten*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:134 *Förordning med instruktion för Myndigheten för delaktighet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2015:49 *Förordning med instruktion för Myndigheten för ungdoms- och civilsambällesfrågor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2015:155 *Förordning om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2015:284 *Förordning med instruktion för Socialstyrelsen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2003) *Handlingar tillhörande den Nationella ledningsgruppen för folkhälsofrågor* (dnr. S2003/8876/FS).
- Socialdepartementet (2007) *Socialt råd* (dir. 2007:161). Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2012) *En strategi för genomförande av funktionshinderspolicen 2011–2016*. (dnr. S2012.028).
- Socialdepartementet (2015) *En kommission för jämlik hälsa* (dir. 2015:60). Stockholm: Socialdepartementet.

- Socialdepartementet (2015) *Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa* (dir. 2015:138). Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2016) *Strategi för arbetet mot antibiotika-resistens* (dnr. S2016/02971/FS).
- Socialdepartementet (2016) *Uppdrag att låta genomföra en befolkningsbaserad nationell enkätstudie på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (dnr. S2016/04991/FS).
- Socialdepartementet (2016) *Uppdrag att ta fram underlag till insatser för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet* (dnr. S2016/03245/FS).
- Socialdepartementet och SKL (2016) *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.*
Tillgänglig: http://skl.se/download/18.e79aa5215143dd034b82376/1450686340497/St%C3%B6d+till+riktade+insatser+inom+omr%C3%A5det+psykisk+h%C3%A4lsa+2016_1.pdf
- SOU 1981:1 *Hälsorisker – en kunskapssammanställning*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1984:41 *Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1984:44 *Hälsopolitik i samhällsplaneringen – boende, arbetsmiljö, arbetslöshet och kost*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2000:91 *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2015:86 *Mål och myndighet – en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2016:55 *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete*. Statens offentliga utredningar. Stockholm: Socialdepartementet.
- Statens folkhälsoinstitut (2003) *Förslag till mål och indikatorer inom folkhälsoområdet* (dnr. 02-0368).
- Statens folkhälsoinstitut (2004) *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*, R 2004:33.

- Statens folkhälsoinstitut (2005) *Folkhälsopolitisk rapport 2005*, R 2005:5.
- Statens folkhälsoinstitut (2010) *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*, R 2010:16.
- Statens folkhälsoinstitut (2013) *Tio år med svensk folkhälsopolitik. Folkhälsoarbete organiserat av kommuner, landsting, regioner, länsstyrelser, myndigheter och ideella organisationer 2004–2013*, R 2013:03.
- Statskontoret (2013) *Utvärdering av uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken*, 2013:4.
- Statskontoret (2015) *Utvärdering av regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken*, 2015:9.
- Statskontoret (2016) *Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst (Delrapport)*, 2016:13.
- Sveriges kommuner och landsting (2015) *Medlemsenkät folkhälsa. Förutsättningar och behov av stöd för folkhälsoarbete i kommuner, landsting/regioner*. Stockholm: SKL.
- Torssander, J. & Erikson, R (2010) Stratification and Mortality – A Comparison of Education, Class, Status, and Income. *European Sociological Review*, 26:465–474.
- Utbildningsdepartementet (2014) *Uppdrag att stödja arbetet med jämställdhetsintegrering i statliga myndigheter*, (dnr. U2014/7490/JÄM).
- Utrikesdepartementet (2016) *Tilläggsdirektiv till Expertgruppen för biståndsanalys (dir. 2016:71)*. Stockholm: Utrikesdepartementet.
- WHO (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa. Tillgänglig: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- WHO)/Commission on Social Determinants of Health (2008) *Closing the Gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health*.
- WHO (2009) *Reducing health inequalities through action on social determinants of health*. 62nd World Health Assembly. WHA 62.14. Geneva.

WHO (2011) *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*.

Tillgänglig: www.who.int/sdhconference/declaration/en/

WHO (2012) *Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health*. 65th World Health Assembly. WHA 65.8.

Tillgänglig: http://www.who.int/social_determinants/implementation/WHA65_r8-en.pdf?ua=1

WHO (2012) *Health 2020 – The European policy framework for health and well-being*. EUR/RC62/R4. Malta.

Tillgänglig: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/173651/RC62rs04-Health-2020-ENG.pdf?ua=1

WHO (2014) *Helsinki Statement on Health in All Policies 2013; WHO (WHA67.12) 2014. Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity*. Helsinki.

WHO (2016) *Shanghai Declaration on promoting health in the Agenda 2030 for Sustainable Development*. Shanghai.

Tillgänglig: www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1

World Bank (2016) *Poverty and Shared Prosperity 2016: Taking on Inequality*. Washington DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0958-3.

Kommittédirektiv 2015:60

En kommission för jämlik hälsa

Beslut vid regeringssammanträde den 4 juni 2015

Sammanfattning

En kommitté – en kommission för jämlik hälsa – ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Hälsoskillnader mellan könen ska genomgående uppmärksammas i kommissionens arbete. Kommissionen ska i sitt arbete även förhålla sig till det strategiska arbetet för en ekologiskt, ekonomiskt och socialt hållbar utveckling. Arbetet ska utgå från befintlig och vetenskapligt grundad kunskap om olika faktorerens betydelse för folkhälsan och om strategier och åtgärder som bidrar till minskade ojämlikheter i hälsa. Kommissionen ska även beakta relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU-samarbetet och övrigt internationellt samarbete. Till grund för kommissionens uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation.

Kommissionen ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete. Resultatet av kommissionens arbete ska slutredovisas senast den 31 maj 2017.

Bakgrund

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet. De flesta kan se fram emot ett både längre och friskare liv än tidigare generationer. Ur hälsosynpunkt är Sverige ett bra land att leva i. En god hälsoutveckling i befolkningen är av grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen i stort. Att främja hälsa och förebygga sjukdom skapar förutsättningar för långsiktig hållbarhet.

Den goda hälsan är dock inte jämlikt fördelad i befolkningen, vilket till stor del hänger samman med att människor lever under olika socioekonomiska förhållanden. Till exempel är den återstående medellivslängden vid trettio års ålder fem år kortare bland både kvinnor och män med kort utbildning jämfört med kvinnor och män med lång utbildning. Skillnaderna har dessutom ökat under de senaste decennierna. Bland kvinnor med endast grundskoleutbildning har t.ex., till skillnad från andra grupper, den återstående medellivslängden vid trettio års ålder nästan inte ökat alls under den senaste tjugoårsperioden.

Hälsoklyftorna mellan olika socioekonomiska grupper är tydliga nästan oavsett vilket hälsoproblem det gäller. Risken att insjukna i hjärtinfarkt är t.ex. i alla åldersgrupper högre bland både kvinnor och män med kortare utbildning. För kvinnor med enbart förgymnasial utbildning har risken dessutom ökat under de senaste decennierna. Kvinnor med enbart förgymnasial utbildning löper högre risk än andra att både insjukna och dö i cancer. Även när det gäller t.ex. tandhälsa, fetma och allmänt hälsotillstånd slår de socioekonomiska skillnaderna igenom. Skillnaderna märks även när det gäller flickors och pojkers hälsa. Barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer löper t.ex. större risk att av olika skäl bli inskrivna på sjukhus. Särskilt tydlig är skillnaden när det gäller inskrivningar på grund av psykisk ohälsa. Barn som lever under mindre gynnsamma socioekonomiska förhållanden löper också en större risk att drabbas av skador till följd av olyckshändelser. Exponering för olika skadliga miljöfaktorer under barnaåren kan också vara en bidragande orsak till hälsoskillnader bland barn.

Möjligheten att arbeta ett helt arbetsliv varierar också för olika grupper i befolkningen. Detta får betydelse för individens ekonomi, särskilt under tiden som pensionär. Det finns även studier som tyder

på att sjukfrånvaro hos föräldrar har betydelse för deras barns sjukfrånvaro som vuxna.

Vid sidan av hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper finns även skillnader som kan kopplas till exempelvis kön, funktionsnedsättning och etnisk tillhörighet (se vidare under uppdraget).

Samhällsförändringar som t.ex. en ökande migration, urbanisering och en åldrande befolkning medför också särskilda utmaningar i arbetet med att nå en jämlik hälsa i befolkningen.

Hälsoklyftorna hänger nära samman med människors position i samhället och möjligheter till delaktighet och inflytande, vilket bl.a. påverkas av utbildnings- och inkomstnivå samt anknytning till arbetsmarknaden. Det finns också ett nära samband mellan hälsa och välfärd eftersom goda levnadsförhållanden och livsvillkor är förutsättningar för en god folkhälsa.

Samhälleliga förutsättningar – folkhälsopolitikens fokus

De samhälleliga förutsättningarnas betydelse för folkhälsoutvecklingen har i Sverige bl.a. lyfts fram i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), där den grundläggande inriktningen för det svenska folkhälsoarbetet beskrivs. Enligt propositionen ska folkhälsoarbetet i första hand inriktas på folkhälsans bestämningsfaktorer, dvs. de livsvillkor, miljöer, produkter och levnadsvanor som påverkar folkhälsan. Genom att fokusera på bestämningsfaktorerna och deras utveckling kan resultaten av politiska beslut följas upp mer effektivt. Mot bakgrund av att folkhälsans bestämningsfaktorer återfinns inom en rad samhällsområden måste folkhälsopolitiken bedrivas tvärssektoriellt. Även generationsmålet och miljö kvalitetsmålen som har beslutats av riksdagen har betydelse för människors hälsa.

En ytterligare utgångspunkt för folkhälsoarbetet är alla människors lika värde. Det betyder bl.a. att varje individ har rätt att utvecklas efter sina personliga förutsättningar. Individens socioekonomiska förutsättningar påverkar både levnadsvanor och hälsa. Det är särskilt angeläget att folkhälsan förbättras för de grupper i befolkningen som är mest utsatta för ohälsa.

Initiativ för jämlik hälsa

De socioekonomiska förhållandenas betydelse för folkhälsoutvecklingen har även uppmärksamats på internationell nivå och i andra länder. Såväl Världshälsoorganisationen (WHO) som Europeiska unionen (EU) har under ett flertal år uppmärksammat de sociala ojämlikheterna i hälsa. WHO tillsatte 2005 en oberoende kommission med uppgift att verka för en global mobilisering för jämlik hälsa, *Commission on social determinants of health*, den s.k. Marmotkommissionen. Kommissionen, som leddes av Sir Michael Marmot, presenterade sina resultat 2008 i rapporten *Closing the gap in a generation*. Kommissionen gav tre övergripande rekommendationer för att minska hälsoklyftorna:

- förbättra förutsättningarna för människors dagliga liv,
- motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser, och
- mät och förstå problemet och bedöm effekterna av olika åtgärder.

Som ett resultat av Marmotkommissionens arbete antog WHO:s Världshälsoförsamling 2009 en resolution om att medlemsländerna ska arbeta för att minska ojämlikhet i hälsa genom åtgärder som påverkar hälsans sociala bestämningsfaktorer.

WHO:s regionalkontor för Europa har genomfört en kartläggning av ojämlikheterna i hälsa inom de 53 medlemsländerna i WHO:s Europaregion. Resultaten ligger bl.a. till grund för Europaregionens övergripande policyramverk för hälsa och välbefinnande, *Hälsa 2020*, i vilket främjande av social jämlikhet i hälsa utgör en av grundpelarna.

I EU:s övergripande tillväxtstrategi, *Europa 2020*, betonas bl.a. vikten av insatser som inriktas på att bekämpa fattigdom och social utestängning samt att minska ojämlikheterna i hälsa.

Under 2009 publicerade EU-kommissionen ett meddelande (KOM (2009) 567) om ojämlikhet i hälsa. Som ett svar på meddelandet antog Europaparlamentet 2011 resolutionen *Reducing health inequalities*. I resolutionen uppmanas medlemsländerna att fortsätta sina ansträngningar att utjämna de sociala och ekonomiska skillnaderna.

Sverige har spelat en aktiv roll i de processer inom FN, WHO och EU som resulterat i resolutioner och rådsslutsatser m.m. om social jämlikhet i hälsa. Genom dessa har länderna gjort vissa frivilliga

åtaganden att tillämpa ett sektorsövergripande arbetssätt (*health in all policies*) i arbetet med folkhälsans sociala bestämningsfaktorer och i det sjukdomsförebyggande arbetet. Inom det internationella arbetet och i EU pågår ett löpande utvecklingsarbete inom detta område.

I våra grannländer Norge, Danmark och Finland har analyser av Marmotkommissionens förslag genomförts på nationell nivå. I den norska folkhälsolag som trädde i kraft 2012 är utjämnandet av de sociala hälsoskillnaderna ett grundläggande syfte. I Sverige presenterade Statens folkhälsoinstitut 2010 en rapport om svenska lärdomar av Marmotkommissionens arbete.

I Sverige har tvärspektoriella initiativ tagits på regional och lokal nivå, t.ex. i Västra Götalands läns landsting och i det kommunala samverkansorganet Regionförbundet Östsam samt i Malmö kommun och i Göteborgs kommun. Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting har tillsammans tagit initiativ till *Mötesplats social hållbarhet*, ett forum för att utveckla välfärden på ett socialt hållbart sätt.

Uppdraget

Kommissionen för jämlik hälsa ska lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna i samhället minskar. Kommissionens huvudsakliga fokus ska vara hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper i samhället. Till grund för kommissionens uppdrag ligger regeringens mål om att de påverkbara hälsoklyftorna ska slutas inom en generation. Kommissionens förslag ska förhålla sig till det strategiska arbetet för en hållbar utveckling, i såväl ekologiskt, ekonomiskt som socialt hänseende.

Kommissionen ska i sitt arbete även beakta andra hälsoskillnader i samhället, t.ex. mellan personer med funktionsnedsättning, hbtq-personer, personer med utländsk bakgrund, det samiska folket, personer som tillhör nationella minoriteter och den övriga befolkningen. Hälsans fördelning baserat på olika åldersgrupper bör även beaktas. Hälsoskillnader mellan könen ska genomgående uppmärksammas i kommissionens arbete. Kommissionen ska även kommentera hälsoskillnader mellan könen som inte kan förklaras av skillnader mellan socioekonomiska grupper.

Kommissionen ska genomgående tillämpa ett tvärsektorielt samhällsekonomiskt perspektiv vid analysen av såväl ohälsa som av tänkta förslag. Den ska bedriva sitt arbete utifrån ett brett folkhälsopolitiskt perspektiv och beakta faktorer som har betydelse för befolkningens hälsa inom flera områden, däribland utbildning, arbetsmarknad och arbetsliv, fritid, miljö och hälso- och sjukvård. Det breda välfärds-politiska perspektiv för folkhälsoarbetet, som beskrivs i propositionen Mål för folkhälsan (prop. 2002/03:35), ska vara en utgångspunkt för arbetet, liksom det tvärsektorielle arbetssätt (*health in all policies*) som antagits i resolutioner och rådsslutsatser inom WHO respektive EU. Genom ett sådant arbetssätt kan förslagen omfatta såväl miljöfaktorer som sociala faktorer.

Kommissionen ska överväga betydelsen av såväl generella insatser som insatser riktade till specifika målgrupper i arbetet för att minska hälsoklyftorna.

Arbetet ska utgå från befintlig och vetenskapligt grundad kunskap om olika faktorer betydelse för folkhälsan och om strategier och åtgärder som bidrar till minskade ojämlikheter i hälsa. Om kommissionen skulle identifiera väsentliga kunskapsluckor som kräver forskning utom ramen för kommissionens uppdrag bör detta belysas i kommissionens löpande rapportering.

Kommissionen ska i sitt arbete och vid utformningen av förslagen beakta relevanta resultat och erfarenheter från liknande initiativ på lokal och regional nivå i Sverige, i andra länder samt i EU-samarbetet och övrigt internationellt samarbete. Kommissionen ska även beakta de åtaganden som Sverige har gjort inom ramen för WHO- och EU-samarbetet.

Arbetet ska resultera i förslag riktade till såväl staten som kommuner och landsting, samt till andra relevanta samhällsaktörer. Kommissionen ska genom ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt aktivt verka för att de förslag som presenteras har goda förutsättningar att få genomslag i olika beslutsprocesser och få gehör bland de samhällsaktörer som kan bidra till att minska ojämlikheterna i hälsa i samhället. Förslagen ska så långt som möjligt omfatta olika tidsperspektiv: kort perspektiv (2–4 år), medellångt perspektiv (8 år) samt en generation (25–30 år).

Det bör presenteras förslag på finansieringsmodeller som kan bidra till minskad omfattning av förebyggbara hälsoproblem och som

främjar ett effektivt resursutnyttjande över tid och mellan sektorer och huvudmän.

Kommissionen ska överväga i vilken mån den nuvarande sektorsövergripande strukturen för uppföljningen av det samlade folkhälsoarbetet är ändamålsenlig för regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Konsekvensbeskrivningar

Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). I de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det offentliga ska förslag till finansiering redovisas.

Arbetets bedrivande och redovisning av uppdraget

Arbetet ska präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Kommissionen ska tillkalla referensgrupper med företrädare för politiska partier och relevanta samhällsaktörer. Detta omfattar men är inte begränsat till ideella organisationer, däribland patient-, brukar- och konsumentorganisationer, fackförbund och professionsorganisationer, idrottsrörelsen, näringslivsorganisationer (däribland livsmedelssektorn) samt forskarsamhället. Kommissionen ska samråda med aktörer som berörs av dess arbete, inklusive statliga myndigheter samt företrädare för kommun- och landstingssektorn. Kommissionen ska dessutom samråda med företrädare för lokala och regionala initiativ för jämlik hälsa samt främja synergieffekter mellan likartade initiativ på olika nivåer. Kommissionen ska arrangera regionala konferenser i syfte att ta in idéer, förankra förslag och lyfta frågan om allas ansvar att utjämna de påverkbara hälsoklyftorna. Kommissionen ska på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör dess uppdrag.

I sitt arbete ska kommissionen beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de frågeställningar som angetts i uppdraget.

Kommissionen ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete och regelbundet presentera förslag och andra resultat av arbetet.

Resultatet av kommissionens arbete ska slutredovisas senast den 31 maj 2017. Redovisningen ska innehålla en samlad bedömning av vilka åtgärder som krävs för att nå regeringens mål om att inom en generation sluta de påverkbara hälsoklyftorna. Den samlade bedömningen ska även omfatta såväl de direkt ekonomiska som de samhällsekonomiska konsekvenserna av åtgärderna.

(Socialdepartementet)

Myndigheter med särskild relevans för arbetet med en god och jämlik hälsa

1. Arbetsförmedlingen
2. Arbetsmiljöverket
3. Barnombudsmannen
4. Boverket
5. Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
6. Centrala studiestödsnämnden (CSN)
7. Diskrimineringsombudsmannen
8. Folkhälsomyndigheten
9. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
10. Försäkringskassan
11. Inspektionen för socialförsäkringar
12. Inspektionen för vård- och omsorg
13. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU)
14. Jordbruksverket
15. Kemikalieinspektionen
16. Konsumentverket
17. Livsmedelsverket
18. Lotteriinspektionen
19. Läkemedelsverket

20. Länsstyrelsen
21. Migrationsverket
22. Myndigheten för delaktighet
23. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd
24. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
25. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
26. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
27. Myndigheten för yrkeshögskolan
28. Naturvårdsverket
29. Polismyndigheten
30. Sametinget
31. Skatteverket
32. Skolinspektionen
33. Skolverket
34. Socialstyrelsen
35. Specialpedagogiska myndigheten
36. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
37. Statens kulturråd
38. Statistiska centralbyrån (SCB)
39. Tillväxtverket
40. Trafikverket
41. Universitets- och högskolerådet
42. Vetenskapsrådet

Samtliga dessa myndigheter, utom Folkhälsomyndigheten och länsstyrelserna, fick Kommissionens enkät om myndigheternas arbete i förhållande till folkhälsopolitiken och 37 av dessa besvarade enkäten. Samtliga länsstyrelser fick och besvarade en enkät riktad specifikt till dem.

Statens offentliga utredningar 2017

Kronologisk förteckning

1. För Sveriges landsbygder
– en sammanhållen politik för
arbete, hållbar tillväxt och välfärd. N.
2. Kraftsamling för framtidens energi. M.
3. Karens för statsråd och statssekreterare.
Fi.
4. För en god och jämlik hälsa.
En utveckling av det
folkhälsopolitiska ramverket. S.

Statens offentliga utredningar 2017

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Karens för statsråd och statssekreterare. [3]

Miljö- och energidepartementet

Kraftsamling för framtidens energi. [2]

Näringsdepartementet

För Sveriges landsbygder
– en sammanhållen politik för
arbete, hållbar tillväxt och välfärd. [1]

Socialdepartementet

För en god och jämlik hälsa.
En utveckling av det
folkhälsopolitiska ramverket. [4]